



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Pólo Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Envelhecimento, Institucionalização e Bem-Estar

Subjetivo do Idoso

Marisa Figueiredo Campos

Viseu, maio de 2014

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Pólo Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Serviço Social

Envelhecimento, Institucionalização e Bem-Estar

Subjetivo do Idoso

Marisa Figueiredo Campos

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Serviço Social, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, pólo de Viseu, Sob a Orientação da Prof. Dr^a Maria Olivia Dias

Viseu, maio de 2014

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à Professora Doutora Maria Olívia Dias, pela sua orientação, disponibilidade, dedicação, partilha do seu saber e por todo apoio prestado.

Aos meus pais, Deolinda e Armindo, pelo apoio em todos os meus projetos.

Ao meu Marido, Litus, por todo apoio, estímulo que me prestou, por toda a energia, motivação e compreensão que me transmitiu.

Um agradecimento carinhoso à minha Tia Jú por todo o apoio e ajuda prestados ao longo de toda a minha vida.

Um beijinho muito ternurento para a minha avó Tina, pelos seus conselhos sábios.

Aos meus sobrinhos, Isaac, Afonso e Maria Leonor, pelos mimos dados, nos momentos mais tensos.

À minha irmã preferida, e única, pela motivação nos dias mais duros e turbulentos, que por vezes nos fazem repensar em continuar ou não, a caminhada.

Aos meus cunhados pela preocupação e estimulação.

Aos meus Sogros Ana e José, pela força.

Aos Avós Emília e Albertino um beijinho especial pela dedicação.

À restante família e amigos pelo carinho e dedicação ao longo de todo o processo de realização da Dissertação.

A Todos O Meu “ Bem-Haja ”

RESUMO

Tendo em conta a problemática levantada, isto é: quais os níveis bem-estar subjetivo e de qualidade de vida, existentes nos idosos institucionalizados e de que forma este variam de acordo como sexo e a idade? E será que existe uma relação entre os níveis do bem-estar subjetivo e de qualidade de vida, nos idosos institucionalizados?, O presente trabalho teve como pretensão obter essas respostas. Desta forma, o estudo foi realizado a 84 idosos institucionalizados, com a idade compreendida entre 65 anos e 85 e mais anos. Para se realizar o estudo utilizou-se um questionário constituído por duas partes, sendo a primeira relativa à caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, motivos da institucionalização, saúde, visita da família e relacionamento com colegas e funcionários e a segunda parte à avaliação do bem-estar subjetivo, com recurso à escala de satisfação com a vida (componente cognitiva) e a escala de afetividade positiva e negativa (PANAS), e da qualidade de vida. Os resultados foram obtidos mediante a análise descritiva e inferencial, através da utilização de técnicas paramétricas, nomeadamente o *t-test*, a *ANOVA* e o coeficiente de correlação *Pearson*.

As principais conclusões indicam que as variáveis sociodemográficas; o género, a idade, o estado civil, o meio onde habitavam antes da institucionalização e a escolaridade ,não influenciam quer o bem-estar subjetivo, quer a qualidade de vida uma vez que os resultados não se revelaram estatisticamente significativos. Por outro lado, conclui-se que a qualidade de vida relaciona-se de forma positiva e significativamente com o bem-estar subjetivo, isto é com a satisfação com a vida e a afetividade positiva.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, institucionalização, bem-estar subjetivo, qualidade de vida

ABSTRACT

Which are the levels of subjective well being and quality of life among institutionalized elderly and how it is related to gender and age? And is there a connection between subject well being and the quality of life of the institutionalized elderly? This study has the objective of answering these questions. So we studied 84 institutionalized elderly, with ages between 65 and 85 years old and more years. So we filled a form divided in two parts, the first one related to the characterization of the sample at a sociodemographic level, reason of institutionalization, health, family visits, relationship between the elderly and the between the elderly and the workers of the institution, and the second part making an evaluation of the subjective well being, based on WHOQOL-OLD, Positive and Negative Affect Schedule (PNAS) and the quality of life. The outcome was obtained through descriptive and inferential statistics and parametric techniques (t-test, ANOVA and Pearson correlation)

The main conclusions are that the sociodemographic changes don't affect the subject well being and the quality of life, because the outcomes have not statistical significance. On the other hand we can conclude that the quality of life has a positive and statistical relation with the subjective well being, i.e. with the pleasure of life and the positive affect.

Key words: Elderly, institutionalization, subject well being, quality of life

ABREVIATURAS

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

BES: Bem-Estar Subjetivo

PANAS: Escala de afeto positivo e de afeto negativo

PA: Afeto positivo

NA: Afeto negativo

SWLS: Escala de satisfação com a vida

WHOQOL-OLD: Escala de qualidade de vida

OMS: Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica	41
Tabela 2: Dados sociodemográficos – profissão e nacionalidade	42
Tabela 3: Composição do agregado familiar	42
Tabela 4: Fatores da institucionalização.....	47
Tabela 5: Gosto em estar na Instituição	48
Tabela 6: Relacionamento interpessoal	48
Tabela 7: Instalações da Instituição.....	49
Tabela 8: Serviços prestados pela Instituição.....	49
Tabela 9: Acolhimento dado pela Instituição	50
Tabela 10: Saúde	51
Tabela 11: Estado emocional e tempos livres	52
Tabela 12: Visitas dos familiares.....	53
Tabela 13: Apoio familiar.....	54
Tabela 14: Estatística descritiva relativa à SWLS, PA e NA	55
Tabela 15: Estatística descritiva da escala de qualidade de vida (WHOQOL-OLD)..	56
Tabela 16: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>ANOVA</i> da qualidade de vida em função da idade.....	64
Tabela 17: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>t-test</i> da qualidade de vida em função do género	65
Tabela 18: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>ANOVA</i> da satisfação com a vida em função da idade	66
Tabela 19: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>t-test</i> da satisfação com a vida em função da género.....	66
Tabela 20: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>ANOVA</i> do PANAS em função da idade	67
Tabela 21: Médias, desvio padrão, teste de <i>Levene</i> e <i>t-test</i> do PANAS em função da género	67
Tabela 22: Correlação de <i>Pearson</i> entre a qualidade de vida (WHOQOL) e satisfação com a vida (SWLS)	68
Tabela 23: Correlação de <i>Pearson</i> entre a qualidade de vida (WHOQOL) e PANAS	69
Tabela 24: Correlação de <i>Pearson</i> entre a satisfação com a vida (SWLS) e PANAS	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Consistência interna da escala de satisfação com a vida.....5757

Quadro 2: Consistência interna da escala de afeto positivo (PA) e afeto negativo (NA)
.....5959

Quadro 3: Consistência interna da escala de qualidade vida (WHOQOL-OLD).....600

Quadro 4: Consistência interna das subescalas referentes à escala da qualidade de vida
..... 63

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
ABREVIATURAS	V
ÍNDICE DE TABELAS	VI
ÍNDICE DE QUADROS	VII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO 1 - O ENVELHECIMENTO	4
1.1. A Problemática Do Envelhecimento	4
1.1.1. O envelhecimento	5
1.1.2. O idoso	8
1.1.3. Qualidade de vida do idoso e saúde	10
1.1.4. Velhice bem-sucedida	12
1.1.5. Envelhecimento ativo	13
1.1.6. O processo de envelhecimento	16
CAPÍTULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO	19
2.1. O Significado De Institucionalização	20
2.2. A Institucionalização Do Idoso	24
CAPÍTULO 3 – BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS IDOSO	26
3.1. O Significado Do Bem-Estar Subjetivo Do Idoso	26
3.2. Influência Dos Fatores Sociodemográficos Sobre O Bem-Estar Subjetivo	30
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	34
CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS	34
4.1. Delimitação Do Campo E Identificação Da Pergunta De Partida	35
4.2. Objetivos Gerais E Específicos Da Investigação	35
4.3. Hipóteses E Variáveis	36
4.3.1 Hipóteses	37
4.3.2. Variáveis	37
4.4. O Desenho da Investigação	38
4.4.1. Tipo de Estudo	38
4.4.2. População e amostra	40
4.4.3. Instrumentos de recolha de dados	43
4.4.3.1 Escalas para avaliar o bem-estar subjetivo	43
4.4.3.1.1 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	43
4.4.3.1.2 Escala de afeto positivo e afeto negativo (PANAS)	44
4.4.3.1.3 Escala de qualidade de vida (WHOQOL-OLD)	45

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
5.1 Análise Descritiva	46
5.1.1. Análise descritiva em função da institucionalização	46
5.1.2. Análise descritiva em função da saúde	50
5.1.3. Análise descritiva em função do apoio prestado pela família	52
5.1.4. Análise descritiva do bem-estar subjetivo	54
5.1.5. Análise descritiva da qualidade de vida – WHOQOL	55
6.1 Análise Inferencial	56
6.1.1. Análise das escalas	56
6.1.1.2 Estudo psicométrico da escala do afeto positivo e do afeto negativo -	
PANAS	58
6.1.1.3 Estudo psicométrico da escala de qualidade de vida – WHOQOL-OLD	59
6.1.2. Análise das Hipóteses	64
6.1.2.1 Qualidade de vida vs idade e género	64
6.1.2.2 Satisfação com a vida vs idade e género	65
6.1.2.3 PANAS vs idade e género	66
6.1.2.4 Relação entre qualidade de vida e satisfação com a vida	68
6.1.2.5 Relação entre qualidade de vida e os afetos positivos e negativos	68
6.1.2.6 Relação entre satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos	69
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	87

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo inevitável caracterizado por fatores psicológicos, fisiológicos e sociais específicos a cada indivíduo. Traz consigo a colheita do que se aprendeu e viveu, do quanto se sofreu e suportou, do quanto se fez e alcançou.

Atualmente, a 3ª idade, ou idade avançada tem um significado muito diferente do que era tratado há cerca de 50 anos atrás. Esta mudança tem a ver com o crescimento da população idosa (envelhecimento populacional), devido a uma taxa de natalidade cada vez mais baixa e uma esperança média de vida cada vez maior. Embora gradual, esta transformação está a ser bastante sentida. Desde o início do século, a esperança média de vida passou de 45/50 anos para 75/80 anos, considerando os dois géneros (Silva, 1996; Motta, 2003 cit. em Neri, 2001).

O envelhecimento demográfico na população portuguesa é, desta forma, um dado conhecido e que se pressupõe a que este continue a aumentar nas próximas décadas. O instituto nacional de estatística antecipa que até ao ano de 2034 a população continuará a crescer, contudo a proporção dos jovens com menos de 15 anos diminuirá e a par disto estará o aumento da população idosa que se prevê que duplique nos próximos 50 anos. Em Portugal, o envelhecimento é um fenómeno social que se apresenta como um grande desafio para a nossa sociedade, exigindo assim uma reflexão sobre questões pertinentes como: a idade da reforma, a qualidade de vida da população idosa, o seu próprio estatuto na sociedade em termos de cidadania, a solidariedade intergeracional, tal como a sustentabilidade do sistema da segurança social, da saúde e do próprio modelo social vigente.

Nos países industrializados, e Portugal não é exceção, a prevalência de pessoas idosas institucionalizadas têm vindo a aumentar progressivamente. Salienta-se que a institucionalização leva inevitavelmente a várias alterações na vida dos idosos, desde a adaptação ao novo espaço físico, às rotinas diárias e aos novos cuidadores formais.

Neste sentido, uma das grandes preocupações atuais das ciências humanas é incluir no seu campo de atuação uma nova visão, isto é, procurar mais conhecimentos e aplicações que promovam o desenvolvimento de boas condições de vida como ajudar as pessoas a encontrarem o seu bem-estar. Esta visão traz consigo uma nova conceção, ou seja, a de uma ciência mais positiva, preocupada não apenas com a reparação de condições adversas, mas também com a procura da promoção de uma boa qualidade de vida. Já muitos estudos foram realizados com o objetivo de compreender quais as condições

que estariam intimamente ligadas com esta nova ideia e alguns fatores já foram largamente sublinhados como o bem-estar subjetivos, a qualidade de vida, a satisfação com a vida, esperança, otimismo e a busca da felicidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De acordo com Fontaine (2000) e Simões (2006) o envelhecimento bem-sucedido está associado à reduzida probabilidade da existência de doenças, em especial às doenças que causam perda de autonomia. A este envelhecimento bem-sucedido encontram-se diversos fatores associados, nomeadamente a manutenção de um bom nível funcional nos planos físicos e cognitivos, a conservação do empenho social e o bem-estar subjetivo.

Este ultimo fator, bem-estar subjetivo, é provavelmente o critério que melhor traduz o envelhecer com sucesso (Fonseca, 2005). A avaliação do bem-estar subjetivo compreende a análise científica do modo como os indivíduos avaliam as suas vidas, quer no próprio momento quer por longos períodos de tempo. As reações emocionais a acontecimentos, o humor, e os julgamentos que se formam acerca da satisfação de vida fazem parte das avaliações globais e subjetivas que os sujeitos fazem. Nesta avaliação, inclui-se ainda, as variáveis como a satisfação em domínios específicos (ex., casamento ou trabalho), a ausência de emoções negativas e presença de emoções positivas (Diener, 1984; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Vários são os estudos que revelam que, ainda que de forma indireta, as emoções positivas afetam a saúde, aumentando os recursos individuais intelectuais (criatividade, habilidade para aprender nova informação e memória), físicos (aumenta a força, a coordenação e saúde cardiovascular), psicológicos (desenvolve o otimismo, a resiliência, o sentido de identidade e a orientação para objetivos) e sociais (cria novos laços e solidifica ligações anteriores) (Fredrickson, 2003).

Conclui-se, portanto, que as pessoas relacionam-se socialmente com mais facilidade, lidam melhor com situações promotoras de *stress* e sentem um maior controlo sobre as suas próprias vidas quando apresentam muita afetividade positiva (Hilleras et al., 1998, citado por Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004). Damásio (2001) afirma que o afeto positivo pode afetar diretamente a saúde por respostas químicas e neuronais envolvidas na manutenção da homeostase.

Apesar de as condições de vida objetiva piorarem com a idade, pode-se afirmar que esta deterioração não tem obrigatoriamente que se repercutir de forma negativa sobre o bem-estar subjetivo, uma vez que este reflete a avaliação subjetiva que o indivi-

duo realiza sobre a sua própria vida (Simões, 2006). De facto, segundo Diener e Suh, (1997) a satisfação com a vida, tal como a satisfação com domínios específicos e o afeto positivo, tendem a aumentar ou permanecer constantes durante todo o ciclo de vida. A investigação parece ser consonante quanto à ideia de que na velhice, existe uma estabilidade na afetividade positiva e um declínio gradual da afetividade negativa (Cheng, 2004). Nesta etapa do ciclo de vida, as relações positivas tornam-se cada vez mais fortes, sendo as relações sociais (amigos, familiares, vizinhos) um fator muito importante no BES da pessoa idosa (Cheng, 2004).

Face ao exposto, o presente estudo teve como principais objetivos analisar o bem-estar subjetivo, tendo em conta a componente cognitiva (satisfação com a vida) e a componente emocional (afetividade positiva e negativa), para além de tentar perceber se existe alguma relação entre os níveis de qualidade de vida e o bem-estar subjetivo nos domínios supramencionados. Desta forma, o trabalho encontra-se dividido por duas partes, sendo a primeira alusiva ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica.

A primeira parte, constituída por três capítulos. O capítulo 1, analisa a teoria, a problemática do envelhecimento, tratando os temas: o envelhecimento, o idoso, a qualidade de vida do idoso e saúde, a velhice bem-sucedida, o envelhecimento ativo e o processo de envelhecimento. O capítulo 2 faz alusão à temática da institucionalização, colocando em evidência a institucionalização do idoso. O capítulo 3 analisa o bem-estar subjetivo do idoso, fazendo uma revisão sobre o significado do bem-estar e a influência dos fatores sociodemográficos sobre o bem-estar subjetivo.

No que diz respeito à parte II do trabalho, constituída por dois capítulos, foca-se na investigação empírica. No capítulo 4 é feita a descrição da metodologia, refere-se ao projeto do estudo, onde se aborda e esclarece os objetivos, as hipóteses, as variáveis, a amostra, os instrumentos de recolha de dados e ainda se realiza os estudos estatísticos das escalas. O capítulo 5 pretende realizar a apresentação, análise e discussão dos resultados, onde se foca a análise descritiva do estudo, a análise inferencial e por fim realiza-se a discussão dos resultados à luz da revisão bibliográfica efetuada.

Espera-se com este trabalho alargar horizontes quanto à temática da institucionalização de idosos, bem como perceber de uma forma mais aprofundada o nível de bem-estar subjetivo e a qualidade de vida destes idosos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na primeira parte abordamos os conceitos de Envelhecimento; Institucionalização e bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos.

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. A inquietude em encontrar soluções evidenciava-se no aumento de estudos de investigadores que centram as suas atenções nas pessoas idosas. (Martins 2010).

“ Se, portanto, a infância e a juventude são o período em que o ser humano está a formar-se, vive projetado para o futuro e, tomando consciência das próprias potencialidades, forja projetos para a idade adulta, a velhice (...) em certo sentido, é a época privilegiada daquela sabedoria que, em geral, é fruto da experiência, porque ‘o tempo é um grande mestre’ ”.

(João Paulo II, 1999)

CAPÍTULO 1 - O ENVELHECIMENTO

1.1 A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO

“ As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade. ”
(Constituição da República Portuguesa – Artigo 72)

A necessidade de novos conhecimentos no processo do envelhecimento, as necessidades do idoso e o seu papel na estrutura social tem ganho especial importância a partir do fim da II Guerra mundial, este fato deveu-se em especial ao aumento da esperança média de vida, consequência direta da diminuição substancial da mortalidade

infantil e juvenil. Este fato deve-se à promoção das medidas sanitárias e ações educativas para a saúde logo desde, os primeiros anos de escolaridade ou ainda por imposição legislativa, através das políticas para melhorar a qualidade de vida infantil, traduzindo-se num contínuo aumento da esperança média de vida.

Alguns autores referem nos seus pensamentos, que o envelhecimento é tudo aquilo que acontece com o passar do tempo, após se atingir a vida adulta.

Na sociedade contemporânea pós-moderna e tecnológica, em que é valorizada cada vez mais a juventude, a aparência física a vitalidade, o processo de envelhecimento tende a ser esquecido. Os idosos perdem o prestígio e a notoriedade de outros tempos, embora tenham ganho segundo Guiddens (2004 p.168) um lugar de influência e poder político considerável. A sociedade partilha assim um conjunto de estereótipos e preconceitos relativamente aos idosos, que impossibilitam de olhar o envelhecimento humano como um processo natural comum a todos os homens.

Ao longo do trabalho irão ser abordados dois conceitos que não se devem confundir, envelhecimento e longevidade, isto porque, a longevidade é a duração da vida de um organismo e está dependente da progressão do envelhecimento, isto é se o envelhecimento for mais rápido a longevidade encurta; se o envelhecimento for mais lento, a longevidade aumenta. (Paúl , et al., 2012)

O envelhecimento não é só um fenómeno demográfico, mas um fator impulsor de transformação sociais, económicas e culturais, associado à redução de tempo de trabalho, à implementação da segurança social, à formação profissional, à alimentação e ao acesso aos cuidados de saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo.

1.1.1 O envelhecimento

Segundo Sheehy (1997)

Atualmente o ser humano deixa a infância mais cedo (surgem os seios os pelos púbicos nas meninas de 9 anos; meninos de 9 anos frequentam escola armados), demora mais tempo para crescer (homens de 30 anos ainda moram com a mãe; mulheres de 40 anos só agora pensam na ideia de engravidar; mulheres de 65 anos começam a estudar para profissões liberais) e muito mais para morrer 8 pessoas de 80 anos correm maratonas; pessoas de 90 anos casam-se e ainda fazem sexo) (p.25-26).

Isto é um exemplo claro da mudança das expectativas sociais em relação às diversas etapas do desenvolvimento humano. Isto porque com o evoluir da sociedade, ser criança hoje não é o mesmo do que ter sido criança á cem anos atrás. Esta forma de perceber as coisas remete-nos à questão de entender e perceber o envelhecimento e o próprio processo de desenvolvimento.

Com as alterações demográficas durante o ultimo século, pode-se constatar numa modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, demonstrando o envelhecimento da população, os governos, as famílias, e a sociedade em geral não estavam preparadas para isso, é importante aprofundar os estudos relativos ao envelhecimento populacional, isto porque, para além do nascimento e da morte, uma das certezas da vida é que todas as pessoas envelhecem. Portanto, o envelhecimento é um fenómeno conhecido de todos, particularmente no que respeita aos aspetos físicos, embora que hoje em dia o envelhecimento seja muito mais do que isto. Com o aumento da esperança média de vida, o importante não é só ganhar anos de vida, mas ter longevidade com qualidade de vida; é importante envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, desta forma é essencial pensar na promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida, de forma preventiva e promotora de saúde e da autonomia. (Ministério da Saúde , 2004).

O envelhecimento é um processo biológico natural que é vivido de forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo. Velhice é diferente que envelhecimento, isto porque o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice só se manifesta de forma clara através de uma determinada idade.

De acordo com Fry (1989):

O envelhecimento é visto como uma trajetória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, experiencia cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico (cit Paúl, 1997, p.25).

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida dos indivíduos, sendo desejável que constitua uma oportunidade de viver de forma saudável e autónoma o mais tempos possível, através da promoção e prevenção de um envelhecimento saudável, sendo a promoção realizada através de múltiplos setores, nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, aspetos económi-

cos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade e indivíduo defende, desta forma, o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida.

O envelhecimento é um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos, não é um questão de doença, embora que possa ser intensificado por esta. Na perspetiva de Robert (1994) o envelhecimento consiste na perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Trata-se de um processo complexo, diferencial (particular em cada pessoa), contínuo (desde o nascimento até à morte), inevitável e irreversível.

O envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas, que compõem o quotidiano das pessoas que vivem essa fase (Rosa, 1996). Porém, a pluralidade de mecanismos que ao certo desencadeiam e caracterizam o processo de envelhecimento estão ainda por definir, já que são várias as explicações deste conceito, sendo que cada uma delas se rege pela especificidade de cada ciência ou campo de estudo através dos quais o envelhecimento é abordado (Rosa, 1996).

A velhice é uma etapa de vida marcada pela longevidade, que embora tenha o processo de envelhecimento como pano de fundo, com este não se confunde. Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte, inerente a todos os seres vivos. Ser mais velho implica, nesta perspetiva a passagem do tempo e a quantidade de anos que se vive.

Na velhice há um acentuar dos estados patológicos, assistindo-se a alterações progressivas dos organismos, tanto a nível morfológico como funcional com uma menor capacidade de adaptação e um risco crescente de morbilidade e aumento da probabilidade de morte.

Assim, se a velhice resulta do envelhecimento, deste modo, fica-se com uma ideia simplista, de que a velhice é uma fase tardia do processo de envelhecimento, determinada pelo avanço da idade. Segundo Imaginário (2004), todo o ser humano cresce e evolui, logo, envelhece, a autora revê algumas teorizações à volta da definição de envelhecimento, que traduzem-no como um processo de desenvolvimento gradual e multisectorial, determinado em larga medida pelo declínio biológico e funções adaptativas, que se torna mais evidente com o avançar da idade, “ perda progressiva e irrever-

sível da capacidade de adaptação de organismo às condições mutáveis do meio ambiente” (Robert, 1994, cit in Fernandes, 2002 p.22).

Ainda que, “todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos”. (Binet & Bourliere cit in Fernandes, 2002 p.22). Deste modo, podemos analisar que o envelhecimento não se reduz apenas a perdas, mas também a uma interação continua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que provoca alterações no organismo á medida em que aumenta e idade cronológica.

A velhice a nível do desenvolvimento é compreendida como a última fase do ciclo da vida, encerrando um processo de envelhecimento normal ou patológico. Daí que algumas perspetivas psicológicas equacionem a velhice com a sabedoria e a vontade de viver, outras com um estado mental, caracterizado pelo desinvestimento da vontade de viver e da esperança que encerra (Frutuoso, 1990, cit in Fernandes, 2002).

Do ponto de vista biopsicossocial, pode dizer-se que não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. O que significa que, embora o envelhecimento seja comum a todas as pessoas, revela características próprias de pessoa para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000).

O ser humano não envelhece de uma forma brusca mas sim de forma progressiva (por etapas). O envelhecimento é de facto um processo multifatorial que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, pelo que Conde (1995, cit por Imaginário, 2004.) reforça que “não pode ter a sua origem adstrita a uma só causa nem a um só mecanismo, é considerado como um fenómeno normal, universal, ligado ao processo de diferenciação e de crescimento” (p. 41).

1.1.2 O idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o vocábulo *idoso* é utilizado a nível institucional e estatal, no ocidente a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, desde os anos 70, sendo que nos países orientais (ex: china ou índia) a idade de referência para ser considerado idoso é a partir dos 60 anos, isto porque, a esperança média de vida é menor. Alguns autores consideram que o termo idoso é o mais correto na medida que identifica a pessoa com o Estado de velhice, fase em que se acumulam no individuo as maiores desvantagens sociais, físicas e psicológicas.

O processo de envelhecimento inicia-se, pois, no momento de concepção e evolui continuamente, com fases de duração relativamente constantes no tempo de vida de cada indivíduo. Na tentativa de explicar o processo de envelhecimento foram surgindo ao longo do séc. XX várias teorias explicativas. Segundo Moreira (2005, cit por Pinto, 2009), “as teorias do envelhecimento distinguem os aspetos fisiológicos e patológicos, sendo, no entanto, difícil distinguir entre o envelhecimento primário (geneticamente determinado e imutável, relacionado com a idade) e o envelhecimento secundário atribuído a fatores pessoais que podem ser sujeitos a mudanças” (p.109). Apesar da existência de várias teorias que tentam explicar essas alterações, nenhuma pode ser considerada completa no sentido de abarcar a totalidade do processo de envelhecimento. Geralmente estas são divididas em quatro tipos de teorias, são elas: as biológicas, as psicológicas, as sociológicas e as antropológicas (visão antropológica do envelhecimento).

Envelhecer é um processo fisiológico que começa na concepção e acarreta mudanças, características de cada espécie durante todo o ciclo vital. Deste modo, a progressão do envelhecimento não pode ser evitada, mas sim melhorada, sendo necessário distinguir as alterações produzidas pelas diversas doenças que podem importunar o idoso, das mudanças que ocorrem no organismo apenas pela passagem dos anos, correspondentes aos efeitos naturais do processo de envelhecimento. Desta forma, não devemos relacionar a Terceira Idade apenas a processos patológicos, mas também a idosos saudáveis, à procura de orientações que melhorem a sua expectativa e qualidade de vida (Correia, 2003).

É importante referir que envelhecimento e velhice são conceitos diferentes. Segundo Fernandes (2002), velhice “não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir” (p.25). Na mesma linha de pensamento, Carvalho (1989, cit por Fernandes, 2002) afirma que a “velhice é uma desarmonia do organismo humano que começa no momento em que a homeostasia, e o equilíbrio metabólico deixam de ser perfeitos” (p.25). Portanto, a velhice é um estado do envelhecimento, estado esse que se caracteriza por uma deterioração/enfraquecimento do organismo humano.

O fenómeno do envelhecimento acarreta alguns estereótipos, como sendo só a última metade da vida, um declínio, um processo de degeneração que conduz à incapacidade, a um autoconceito negativo e a uma baixa autoestima, tendo a morte como resultado final. Muitos dos medos de envelhecer têm a ver com o modo como a sociedade percebe a velhice. É preciso que os nossos idosos e sociedade percebam que enve-

lhecer, segundo Imaginário (2004.), “é simplesmente transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva, saudável e feliz” (p.43). Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspetos individuais e coletivos da vida e, por sua vez, uma consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira (Imaginário, 2004.).

As pessoas envelhecem de formas diferentes, dependendo de como organizam a sua vida, e das circunstâncias históricas, culturais, económicas, sociais, patológicas, e da interação entre fatores genéticos e ambientais que foram estando presentes ao longo das suas vidas. Pelo que, os traços e diferenças individuais acentuam-se com o decorrer da idade, emergindo novos desafios e objetivos que deverão ser enfrentados pelo idoso de uma forma construtiva.

1.1.3 Qualidade de vida do idoso e saúde

Um envelhecimento “bem-sucedido, “satisfatório” ou ativo” não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou o património genético. Depende de cada um de nós, das ações e responsabilidade individuais. A saúde, mas também os padrões comportamentais e os afetos, as amizades e os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico que experienciamos, tendem a confundir-se com os resultados. (Ribeiro & Paúl; 2011 p. 1).

Segundo a OMS o envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a aptidão para selecionar objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. A pessoa idosa precisa fazer a adequação entre o que deseja e o que devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis é possível alcançar e querer. Todos podemos contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e desse modo encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde.

A OMS em 2002 introduziu um novo conceito: o de Envelhecimento Ativo. Este surge na sequência do envelhecimento saudável instituído até então, de forma a ser mais abrangente, estende-se para além das áreas da saúde, preocupa-se ainda com os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, inserindo-se assim num modelo multidimensional onde explica os resultados do envelhecimento.

Na ideia leiga o envelhecimento era percebido como contrário ao desenvolvimento, assim a ideia geral sempre foi de que o desenvolver-se bem significa ganhar, no ponto de vista médico, (a criança que se desenvolve bem é a que cresce e engorda, ganha peso e altura) envelhecer significava não ganhar nada, só perder. Segundo Neri (1995) com esta ideia dominante e com pouco idosos, a preocupação no início do séc. XX, da Psicologia do Desenvolvimento, era a de conhecer o ser humano nas fases iniciais: criança e adolescentes, que estavam num processo de evolução. Conhecê-los ia significar o aumento da produtividade, uma vez que eram vistos como os responsáveis pelo progresso social. E os idosos? Bastavam apenas as boas práticas de saúde, para que tivessem um final de vida melhor, já que eles eram em número reduzido e não traziam benefícios à sociedade.

Neri (1995) contribuiu ainda mais para a não valorização do papel do idoso na sociedade, quando na 1ª Guerra Mundial foram construídos o *Army Alpha* (bateria de teste de inteligência para adultos alfabetizados) e o *Army Beta* (para adultos analfabetos). Os resultados publicados evidenciaram uma crescente perda intelectual com o passar da idade; ou seja, com o envelhecimento perdem-se as capacidades mentais. Stantley Hall em 1992, publicou “*Scenesence, the lasty half of life*”, em que afirmou existir na velhice um aumento na variabilidade individual, enfatizando a relação com a sabedoria.

Em 1950, com Erik Erikson, a Psicologia do Desenvolvimento passou a contar com uma teoria que abrangeu todo o ciclo de vida: a teoria de evolução psicossocial. Esta teoria divide o ciclo vital em oito estágios, do nascimento até a velhice, onde cada estágio ou fase tem uma questão importante a ser resolvida. A resolução apresenta dois traços: um positivo e um negativo; sendo que o equilíbrio entre estes traços seria o ideal. Em 1998, a esposa de Erikson, Joan M. Erikson, publicou após o falecimento do marido, uma versão ampliada com novos capítulos, sobre o 9º estágio do desenvolvimento: “O ciclo de vida completo”, onde relata a experiência vivida pelo casal no 8º estágio de desenvolvimento e a sua compreensão do sentido rico e profundo dos conceitos de sabedoria e integridade, aglutinando-os no estado definido por gerotranscendência, que seria talvez um 9º estágio de desenvolvimento. Este era caracterizado por “uma profunda mudança de perspectiva, de uma visão materialista e racional, para uma visão mais cósmica e transcendente, normalmente seguida por um aumento na satisfação de vida”.

Ao perceber a questão de perdas e ganhos como um importante fator de crescimento pessoal e de desenvolvimento, compreender os limites e as potencialidades das

peessoas na sua vida é uma tarefa importante para as pessoas interessadas na promoção de uma velhice bem-sucedida.

O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como por exemplo, a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspetos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação. Na velhice, fatores relacionados com a idade afetam a saúde, dimensão fundamental da qualidade de vida nessa fase da existência.

A definição de Qualidade de Vida, segundo os especialistas da OMS, é uma das definições mais abrangentes que valoriza a subjetividade: *qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações.*

Latow (1983) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspetos e influências inerentes ao fenómeno é representada em quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira, condições ambientais, diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem que influi na competência adaptativa, emocional cognitiva e comportamental, ou seja, é o ambiente que oferece condições adequadas à vida das pessoas. A segunda, competência comportamental, traduz-se no desempenho e experiências dos indivíduos frente às diferentes situações da sua vida, a terceira, qualidade de vida percebida, reflete a avaliação da própria vida, segundo os valores e expectativas pessoais e sociais. Por último, a quarta dimensão, bem-estar subjetivo, significa a satisfação da própria vida, a satisfação global e a satisfação específica em relação a determinados aspetos da vida.

1.1.4 Velhice bem-sucedida

O envelhecimento pode ser normal (senescência) ou marcado por condições que prejudicam o funcionamento do indivíduo nas suas atividades cotidianas (senilidade). A senescência é um envelhecimento considerado saudável, em que todas as funções cognitivas, pessoais e de relação estão preservadas. Nesse caso o envelhecimento pode ser considerado satisfatório (bem-sucedido) e usual (tem prejuízos, mas com capacidade de melhorar as perdas funcionais). A senilidade ocorre quando esses danos acontecem em

intensidade maior, com deficiências funcionais marcantes, podendo ocorrer alterações no sistema nervoso ocasionando déficit cognitivo.

1.1.5 Envelhecimento ativo

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Ele procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Katache & Kickbush, 1997).

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disso, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós, depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

O envelhecimento ativo está dependente de fatores (determinantes) que se incluem:

- na esfera pessoal (biológica e genética, fatores psicológicos)

- na esfera comportamental (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde);
- na esfera económica (rendimentos proteção social, oportunidades de trabalho digno);
- na esfera do ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e segurança alimentar);
- na esfera da disponibilidade dos serviços sociais e de saúde (direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença de acesso equitativo e de qualidade).
- Determinantes do Envelhecimento Ativo (de Acordo com OMS 2005).

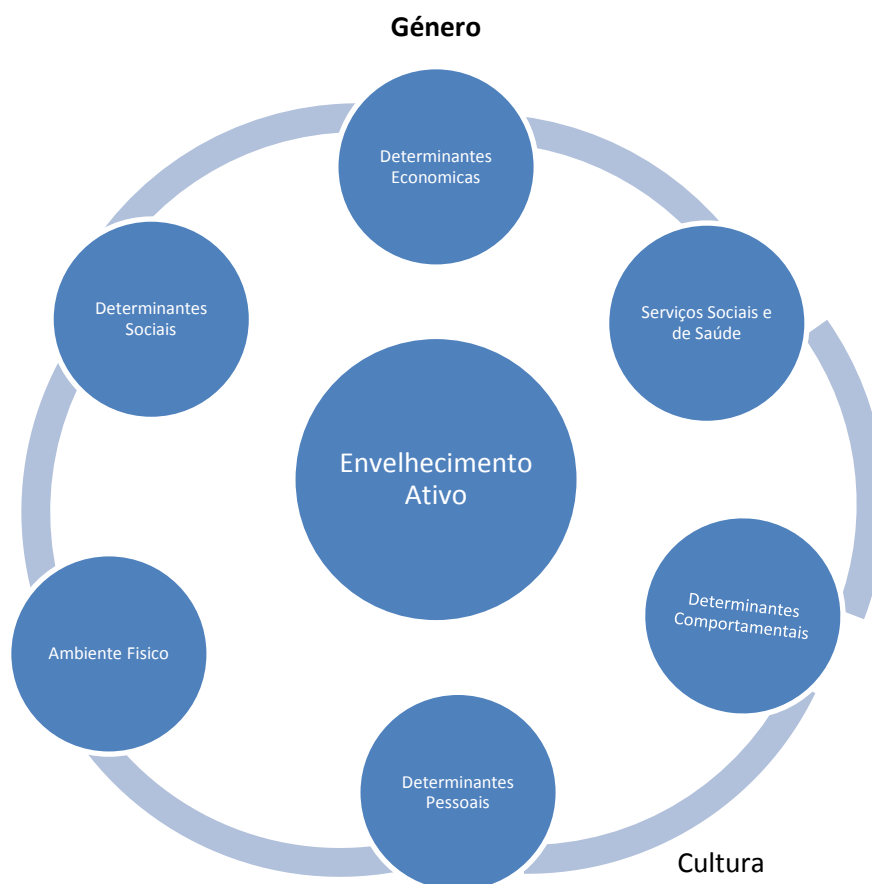


Ilustração 1: Determinantes do envelhecimento ativo segundo a OMS (2005)

Quer o género, quer a cultura, constituem fatores transversais no processo do envelhecimento ativo, têm assim influência sobre todos os determinantes. A forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os idosos, é deveras

influenciado pelos seus valores culturais e tradicionais. Em muitas sociedades atribui-se um *status* social inferior e de acesso restrito a bens e serviços, por parte das mulheres. Por outro lado, os homens assumem mais comportamentos de risco relacionados com o alcoolismo, tabagismo e consumo de drogas.

Para Paúl e Ribeiro (2011), o envelhecimento ativo é definido como: “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (...)”. O modelo de envelhecimento ativo conforme preconizado pela OMS, depende, assim, de uma diversidade de fatores designados determinantes, os quais são de ordem pessoal, comportamental, económica, do meio físico, sociais, e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam.” (Ribeiro, et al., 2011).

A velhice é uma consequência da longevidade humana e o envelhecimento demográfico um fenómeno social das sociedades ocidentais contemporâneas, incluindo a europeia. Cada vez mais as pessoas mais novas se preocupam em ter um envelhecimento saudável, prepara-se hoje, a velhice que se quer ter amanhã (Social, 2012).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, aprovado em 2004, que assenta em três dimensões: promoção do envelhecimento ativo; melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e promoção de ambientes seguros e capacitadores de autonomia; foram criados vários programas para os idosos, como por exemplo o programa “Saúde e Termalismo Sénior” que consiste num programa de férias e lazer focado na “saúde e bem-estar” que oferece condições e ambientes para tratamentos termais.

Promover o envelhecimento ativo significa criar melhores oportunidades para as mulheres e os homens mais velhos que desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação ativa na vida familiar e na sociedade e incentivar o envelhecimento com dignidade” (Decisão n.º 90/2011/ EU do Parlamento Europeu e do conselho, de 14 de Setembro 2011).

Deve-se refletir o envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para a saúde, de participação e de segurança. A OMS adotou o conceito envelhecimento ativo para demonstrar o processo de conquista através dessa visão, ou seja, mediante a otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança cujo objetivo se prende

com a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito foi adotado nos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais ampla do “envelhecimento ativo”, isto é, reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como a sociedade envelhece (Kalache, et al., 1997).

O envelhecimento ativo é baseado também no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios da independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

1.1.6 O processo de envelhecimento

O envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. A definição do início do processo de envelhecimento em cada indivíduo está longe de ser consensual, assim, enquanto há especialistas que defendem que o envelhecimento começa logo na fase da concepção, ou seja, envelhecer é começar a viver, outros autores sustentam que o processo de envelhecimento começa entre a segunda e a terceira décadas de vida, e outros ainda defendem que o envelhecimento ocorre nas fases mais avançadas da existência humana. Esta última hipótese é a que prevalece socialmente, dado que se considera a condição de pessoa idosa de forma repentina aos 65 anos. No entanto, sendo o envelhecimento um processo gradual, testemunhamos Pimentel (2001), afirmando que a definição de uma categoria específica que inclua as pessoas idosas resulta sempre de uma construção abstrata e normativa. A este respeito Fontaine (2000) faz uma explicação relevante quando distingue o envelhecimento da velhice, transmitindo que enquanto a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o envelhecimento é um processo contínuo.

Por uma questão de clarificação há necessidade de adotar uma das convenções existentes. Assim, considera-se, neste trabalho, que a pessoa idosa é todo o indivíduo com 65 e mais anos, à semelhança da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico. Considera-se, tal como alguns gerontólogos, as seguintes categorias cronológicas: “*idosos jovens*”- com idade igual ou superior a 65 anos e até aos 74; “*idosos-idosos*”- com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 e “*muito idosos*”- com idade igual ou superior a 85 anos (Imagínario, 2004).

Moniz (2003) adianta a cerca da temática em estudo que “(...) a concepção da pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos, a qual tem

vindo a perder algum sentido, uma vez que a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas se vai alternando” (p.39).

O processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas também segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, o que significa que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Segundo Vieira (1996), o envelhecimento é um fenómeno do processo de vida que, tal como a infância a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-social específicas, inerentes à evolução do tempo.

Segundo Quaresma, o envelhecimento é um processo que se constrói ao longo da vida, desta forma, o envelhecimento começa no interior de nós próprios, na família e nos locais de trabalho, é um processo que se inicia desde o início da vida. As pessoas vivem em sociedade, e desta maneira, os idosos educam a comunidade, assim como a comunidade educa para o processo de envelhecimento, trata-se de um processo recíproco que pode ser entendido num modelo de sociedade e de relações sociais é uma forma de enfatizar o estatuto de idoso e eliminar o preconceito do processo de envelhecimento como uma coisa negativa.

É importante ter a noção do processo de envelhecimento numa perspetiva holística e assim, compreender, num todo, os aspetos da vida, como sejam os fatores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, os aspetos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, que marcam a individualidade de cada indivíduo. Na perspetiva de Moniz (2003) “a pessoa idosa traduz um processo de envelhecimento prévio e compreender o envelhecimento, como um processo dinâmico, conduz, necessariamente às pessoas” (p.39).

“O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, pp.124-125). O sinal mais evidente da senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, muitas vezes associada ao envelhecimento, mas que tem origem em disfunções orgânicas (Comier & Trudel, 1986 cit. in Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Cada pessoa tem a sua individualidade e características em envelhecer, isto porque cada pessoa tem traços únicos, embora que as pessoas podem envelhecer de forma

natural, convivendo bem com as limitações que o passar do tempo impõe, conseguindo manter-se ativa até fases mais avançadas da vida (este fato definido como senescência).

“A senescência é um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.125). O sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo, face às alterações do meio ambiente, que se vai acentuando com a idade e com o aparecimento de doenças crónica¹.

Contudo o que ocorre com mais frequência é o envelhecimento patológico, no qual ocorrem, nas pessoas idosas, modificações estabelecidas por doenças fazendo com que haja uma diminuição da vida saudável e ativa.

Embora nenhuma das definições atuais de envelhecimento biológico esteja cientificamente comprovada e aceite, Berger e Mailloux-Poirier (1995), avançam com a seguinte definição: “(...) é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética” (p.99).

O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis: paladar e do olfato; visão, audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade. Mas o mais importante a acentuar é que os défices sensoriais de natureza auditiva e visual são considerados como causas importantes do declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais.

No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos dos indivíduos. A diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas.

O aparecimento de doenças mentais refere-se à mudança de papel, à passagem de um papel tradicional e utilitário (apoio familiar, pais, operário) a um papel mais

¹ Doença crónica é “[...] a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (Ministérios da Saúde, e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

expressivo e interiorizado (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). “O indivíduo que era competente, bem-sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação, quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido” (Fernandes, 2000, p.26).

A integração social passa por encarar o envelhecimento como um processo natural e deverá começar pelos cuidadores que cuidam das pessoas idosas que dependem dos seus cuidados para sobreviver. Os cuidadores deverão estimular as pessoas idosas em todas as suas capacidades, de forma a torná-las mais autónomas. Esta atitude irá permitir reduzir a exclusão das pessoas idosas que vivem situações de solidão e de doença e que necessitam de cuidados que lhe são negados (não necessariamente por falta de recursos).

De acordo com Poirier (1995) o envelhecimento é um fenómeno natural e multi-dimensional, para o qual tem surgido imensas hipóteses explicativas e várias teorias, desde biológicas, a fisiológicas e mesmo psicológicas ou sociais.

Segundo o CIPE (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2003) o envelhecimento é: “(...) um tipo de desenvolvimento físico com características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo desde a idade adulta até à velhice aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pelos, pele fina e enrugada” (p.63).

Como refere Costa e colaboradores (1999) “(...) aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta” (p.50).

CAPÍTULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO

No capítulo que se segue, irá ser abordada a definição da institucionalização e o processo de institucionalização dos seniores em lares de terceira idade.

A institucionalização do idoso é considerada quando este está durante todo o dia ou parte do mesmo, entregue aos cuidados de uma instituição, e não aos cuidados da sua família, pode-se ainda considerar como idoso institucionalizado residente os que vivem 24 horas por dia numa instituição.

2.1 O Significado de Institucionalização

O conceito de instituição social foi definido nos anos setenta por sociólogo americano (Smith 1961p.1). Este tipo de definição habitualmente observado considera o conceito de instituição como uma estrutura cultural, ou seja, como um conjunto de normas sociais interrelacionadas que giram em torno de um núcleo de valores primeiros. Nas áreas de relação social, é a instituição que prescreve e regula os comportamentos, afeta a certos valores básicos que as pessoas partilham e aceitam.

Segundo Bardier (1985) e Lourau (1996), *O conceito de instituição é constituído por três momentos: i) o momento da universalidade, tendo por conteúdo os sistemas de normas, os valores que orientam a socialização, a ideologia, o instituído, enfim; ii) o momento da particularidade, no qual seu conteúdo se resume às determinações materiais e sociais que negam a universalidade, dada no primeiro: é o momento instituinte; iii) o momento da singularidade, de negação da particularidade, em que o conceito de instituição tem por conteúdo as formas organizacionais* (Lourau, 1996, cit in Cecílio e Lins, 2008).

De acordo com os autores Laurau e Lapassade (1972):

O conceito de instituição compõe-se de três momentos dinâmicos: a universalidade, dada pelo instituído; a particularidade, dada pelo movimento instituinte e a singularidade, dada pela institucionalização. A institucionalização é, portanto, um desses momentos dinâmicos do conceito de instituição, a negação da particularidade e a não-aceitação da universalidade. A institucionalização como forma singular a partir da qual ela se organiza para atingir certa finalidade (cit Cecilio e Lins, 2008).

A Instituição pode ser ainda definida como: *uma rede de processos inter-humanos relativamente contínuos que iniciam e mantêm conexões entre pessoas e grupos de uma estrutura plural, com o objetivo de conservar esta estrutura e de servir os seus interesses* (Lee, 1951 p.135 cit. in Smith, 1961 p.4).

Segundo Almeida, as instituições constituem o primeiro nível de análise institucional, são o conjunto de regras e normas, valores, convenções e hábitos que enquadram a vida individual e coletiva, (2011 p.58).

Em tempos primórdios a institucionalização era a resposta para qualquer problema, a que a família não pudesse dar resposta, relacionado com os idosos resumia-se ao nível do internamento se fosse um problema de saúde em meio hospitalar, ou num asilo ou albergue se fosse um problema social. A única resposta para a solidão, isolamento e idade era a institucionalização em asilos. Gradualmente as pessoas foram tendo a perceção de que era necessário outro tipo de tratamento para as pessoas idosos, deste modo desde a década de 50 e 60 houve tentativas por parte do Estado e da sociedade de melhorar as condições de acolhimento dos asilos, passando a ser designados de Lares de Idosos (Jacob, 2002 p. 22).

Segundo o decreto-lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro as IPSS ² são instituições constituídas, sem fins lucrativos. Por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços:

- i. Apoio a crianças e jovens;
- ii. Apoio à família;
- iii. Apoio à integração social e comunitária
- iv. Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- v. Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- vi. Educação e formação profissional dos cidadãos;
- vii. Resolução dos problemas habitacionais das populações.

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos. As principais respostas para os idosos são ao nível de saúde (hospitais, entre outros) e sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, entre outros), estas quase todas geridas por IPSS.

As respostas sociais são apoiadas pelo Instituto da Segurança Social, I.P. para favorecer a autonomia e a participação das pessoas idosas. Estas respostas sociais são desenvolvidas por Instituições Privadas Com Fins Lucrativos ou por Instituições Parti-

² Instituições Particulares de Solidariedade Social

culares de Solidariedade Social (IPSS) ou equiparadas, como Santas Casas da Misericórdia, Centros Sociais e Paroquiais, Cooperativas, Casas do Povo, entre outras.

Em função das necessidades e do grau de autonomia da pessoa, existem vários tipos de respostas, nomeadamente:

- Serviço de Apoio Domiciliário – é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizada e personalizada no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (Despacho Normativo nº 62/99 de 12 novembro)

- Centro de Convívio – é a resposta social desenvolvida em equipamento de apoio a atividade sócio - recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos de uma comunidade.

- Centro de Dia – é a resposta social desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio – familiar.

- Centro de Noite – é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, dirigida a idosos com autonomia que desenvolvem as suas atividades da vida diária no domicílio mas que durante a noite, por motivos de isolamento necessitam de algum suporte de acompanhamento.

- Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos – é a resposta social desenvolvida em equipamento de preferência a partir de uma estrutura já existente, que consiste no acolhimento temporário a idoso em situação de emergência social, perspetivando-se, mediante a especificidade de cada situação, o encaminhamento do idoso ou para a família ou para outra resposta social de caráter permanente.

- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas – é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, de pessoas idosas (Decreto – lei nº 391/91 de 10 de Outubro)

- Residência - é a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamento, com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.

- Lar de idosos – são estabelecimentos em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Despacho Normativo N.º 12/98 de 5 de março).

- Cuidados Continuados Integrados – o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorre de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por: a) Unidades de internamento, b) Unidade de ambulatório c) Equipas Hospitalares e d) Equipas Domiciliárias. Constituem unidades de internamento as: a) Unidades de convalescença; b) Unidades de média duração e reabilitação; c) Unidades de longa duração e manutenção e d) Unidades de cuidados paliativos (Decreto-lei nº101/2006).

As instituições para a terceira idade são instituições com carácter total, dirigidas a pessoas inócuas e incapazes de se auto cuidarem. As quais podem ser instituições publicas, privadas ou sem fins lucrativos. Com a falência do estado (o primeiro setor), o setor privado (o segundo setor) tornou-se ativo na formulação de respostas para as questões sociais. Surgiu, assim o Terceiro Setor, constituído por organizações sem fins lucrativos e não-governamentais, que geram igualmente serviços de carácter público. Assim são os casos das IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), as instituições sem fins lucrativos, destinadas a idosos, habitualmente, são mantidas por associações religiosas e beneficentes. Tem-se ainda verificado um aumento de registos de instituições privadas, que se disponibilizam para oferecer serviços de assistência aos idosos (Oliveira, 2006 p.9). Esses serviços são nomeadamente, alojamento, alimentação, saúde, entretenimento e cuidados gerais.

Segundo Oliveira (2006 pp.8 - 9) independente de o carater privado ou público das instituições, com ou sem fins lucrativos, observa-se uma importante diferença na qualidade de funcionamento das mesmas. Consideram-se como instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equiparados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internamento ou não, mediante pagamento ou não, durante um período inde-

terminado e que dispõem de funcionários capacitados a atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer, e outras atividades características da vida institucional.

Em Portugal, os cuidados aos mais velhos continuam culturalmente entendidos como um dever/obrigação familiar. Ainda há poucas décadas atrás, os idosos viviam no seio da família, em casa dos filhos e acompanhados pelos netos incluídos assim na dinâmica familiar. Hoje, com a concentração dos cuidados aos idosos num número tendencialmente cada vez menor de descendentes, regista-se de facto um maior afluxo a instituições de apoio, contudo, conforme refere Sousa e colaboradores (2004), a ideia de que, nos dias que correm, os descendentes expeditamente delegam as responsabilidades familiares nas instituições ou, simplesmente, entregam os idosos à sua sorte, continua a imperar no senso comum das pessoas.

Contudo, o acolhimento nos Lares de Terceira Idade, Centros de Dia, SAD, entre outros, tem evoluído de forma positiva, em que os cuidados prestados aos idosos têm-se mostrado ser competentes e adequados. A nível de pessoal técnico, os auxiliares recebem formações para que possam cuidar, de forma correta e amável, do idoso institucionalizado. Cada vez mais as instituições de acolhimento dos idosos se têm mostrado competentes, pelo que tem havido um grande afluxo de criação destas instituições para se poder responder às necessidades na nossa sociedade, em que os descendentes, como referido por Sousa e colaboradores (2004), delegam as responsabilidades familiares nas instituições.

2.2 A institucionalização do idoso

Jacob (2002) refere que se fala em institucionalização do idoso quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. Quando a permanência deste se prolonga pelas 24 horas, passa-se a designar de idoso institucionalizado residente. Segundo Sousa e colaboradores (2004), o processo de institucionalização, traduzido pela saída de casa e pela perda de laços e papéis sociais, pode ser mais prolongado ou de menor duração e comporta um conjunto de processos que passa pela decisão de escolher a instituição que melhor se ajusta às necessidades do idoso.

A transferência do próprio lar para uma instituição de longa permanência é sempre um grande desafio para os idosos, pois deparam-se com uma transformação muitas vezes radical do seu estilo de vida, sendo desviados de todo o seu projecto existencial.

Segundo Born (2002, cit. in Correia, 2003), muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários. Assim, deste modo, para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente. Também o tipo e a intensidade das relações sociais são variáveis e as instituições têm o papel fundamental de atuar (Dias, 1999) (Gil, 1989) como mediadoras e promotoras dessas redes sociais. Se por um lado, existem idosos que não têm qualquer tipo de contacto social e que se isolam dentro da instituição, há outros que mantêm interações intensas dentro e fora da instituição (Born, 2002, cit. in Correia, 2003). A interação com a família próxima constitui uma das condições mais importantes para a abertura ao exterior por parte dos idosos. Esta interação é um dos principais fatores para que as pessoas participem na vida social, ainda que dentro das limitações decorrentes da sua condição de institucionalizados (Alves, 2004).

Para Úria (2006, p.43), “os resultados da mudança para um lar têm a ver, por um lado, com as características sociodemográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como com a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os respectivos recursos para lidar com a situação”. Se esta interação de fatores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar.

A institucionalização é uma alternativa que garante aos idosos alguma estabilidade, pois estes têm apoio em qualquer circunstância, podendo sentir-se mais seguros e protegidos a esse nível. Assim, a opção pela institucionalização passa por uma consciência dos limites das respostas informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada. Segundo Pimentel (2005, p.59), “vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão de internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efetivo em caso de maior necessidade”. Outros motivos

frequentes são a falta de recursos económicos e habitacionais. Sejam quais forem as circunstâncias que envolvem o internamento, este representa para o idoso uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma rutura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu um contributo mais ou menos valioso. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora. Contudo, apesar da mudança que acontece na vida do idoso ao ser institucionalizado, há aqueles idosos que encaram de forma tranquila e equilibrada esta nova etapa das suas vidas.

É importante realçar que não devemos esquecer que, muitas vezes, o Lar cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo tornar-se o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos (Úria, 2006).

As instituições devem, proporcionar assistência conforme as necessidades dos idosos a acolher e oferecer ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a identidade dos seus clientes.

CAPÍTULO 3 – BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS IDOSO

No capítulo que se segue, aborda-se definição do bem-estar subjetivo e os fatores sociodemográficos, como a idade, o género, a escolaridade e o estado civil; que são susceptíveis de influenciar o bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo é a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, a nível cognitivo e afetivo.

3.1 O SIGNIFICADO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DO IDOSO

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “ um estado de completo bem – estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição incide um conceito holístico de saúde, que reconhece não apenas o aspeto físico do envelhecimento, mas ainda os aspetos sociais e emocionais da saúde (Imaginário, 2004 p. 54).

Segundo Diener (Diener, 2000), o bem-estar subjetivo refere-se à avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tanto no aspeto afetivo como no cognitivo, sendo fre-

quentemente usada como sinónimo de felicidade³, satisfação, afeto positivo. O bem-estar subjetivo ocorre quando se sente prazer e poucas emoções desagradáveis, quando se está satisfeito com a própria vida.

O Bem-Estar desenvolve-se em dois espaços importantes, um no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e o outro mais ligado a aspetos mais psicossociais, à qualidade de vida e à satisfação com as condições e circunstâncias da vida (Novo, 2003). A qualidade de vida envolve, para além dos aspetos ambientais, aspetos internos relativos a cada pessoa, que correspondem ao Bem-Estar Psicológico e ao Bem-Estar Subjetivo (Veehovem, 2005). Estas duas áreas do Bem-Estar construíram-se a partir de duas perspetivas filosóficas diferentes onde “as duas tradições - hedonismo e eudemonismo – são fundadas em perspetivas distintas de natureza humana e daquilo que constitui uma boa Sociedade” (Ryan, et al., 2001). Lent (2004) faz a distinção entre bem-estar hedonista e bem-estar eudemonista, sendo que para o autor o bem-estar hedonista consiste no prazer e na felicidade, trata-se de experimentar sentimentos agradáveis, ou de equilíbrio entre os sentimentos agradáveis e os desagradáveis; em relação ao bem-estar eudemonista, o autor refere que está relacionado com a realização pessoal, ou seja, na atualização da nossa verdadeira natureza, assim o bem-estar eudemonista enfatiza mais o que a pessoa pensa ou faz não tanto o que ela sente.

Desta forma o bem-estar subjetivo, unido ao hedonismo, obtém o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou de equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo (Diener et al., 1999; Diener, 2000). O constructo é enlaçado como um conjunto de noções diversas como a felicidade, a de satisfação, as experiências emocionais, considera ainda a avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas com base nos valores, necessidade e sentimentos pessoais, desvalorizando os valores universais ou a qualidade do funcionamento psicológico (Novo, 2003).

O bem-estar psicológico, radicado na perspetiva eudemonista, assume o bem-estar como a efetivação do potencial humano (Ryff 1995). Esta forma de conceitualização, proposta na década de 80, assume-se com o objetivo de caracterizar o domínio a partir de dimensões básicas de funcionamento positivo que emergem de diferentes modelos teóricos da Psicologia. Este conceito define-se ainda como objetivo central da dimensão do funcionamento psicológico positivos, dimensões derivadas dos sistemas

³ “A felicidade não é um absoluto, é um processo, um movimento, um equilíbrio, só que instável, uma vitória, só que frágil, sempre a ser defendida, sempre a ser continuada ou recomeçada” (Comte – Sponville, 2001, p.88)

teórico - clássicos, como os de Jung, Roders e Maslow, e dos modelos de conceptualização do desenvolvimento do adulto de Alport, Neugarten, Johada (Novo, 2003).

Embora estes dois conceitos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, que adotam os mesmo objetos de estudo tem raízes e orientações distintas (Novo, 2003).

Para Watermen (1993) considera que as divergências entre estes dois conceitos de bem-estar firmam-se, no fato do bem-estar subjetivo estar associado à noção de felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a ausência relativa a problemas, enquanto o bem-estar psicológico se encontra associado ao ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal.

Neste trabalho importa-nos compreender a temática do bem-estar subjetivo para isso fazemos referência às duas grandes áreas: bem-estar subjetivo e ao bem-estar psicológico. No entanto, como referencia central importa-nos caracterizar os domínios do bem – estar subjetivo.

Num artigo publicado em 1983, Lawton fala sobre meio ambiente e outros determinantes de bem-estar em idosos, conclui, entre outras coisas que, as variedades do bem-estar psicológico são reflexos do *self*. Isto significa, segundo este autor, que a percepção da chamada qualidade de vida funcionará como uma avaliação congruente entre o *self* e o mundo externo. O *self* não tem uma função direta de avaliação de medidas mas pode ser pensado como um “armazém” de aspetos significativos de bem-estar na vida. E, isto acontece, refere ainda o autor, se o *self* canalizar para o exterior as condições percebidas relativas à competência comportamental, ao bem-estar psicológico e subjetivo, e à percepção da qualidade de vida, moldadas pelo indivíduo ao ambiente.

O *self* pode ser definido como um sistema de estruturas cognitivas-afetivas que regulam o comportamento orientado aos mundos internos e externos das pessoas. O *self* é responsável pela construção da experiência pessoal pela construção da experiencia pessoal, por meio dos mecanismos seletivos da memória autobiográfica. Tem importância capital na construção das experiências de bem-estar subjetivo (Herzog , et al., 1999).

Os mecanismos de autorregulação do self são estratégias e crenças aprendidas ao longo do percurso da vida, por meio dos quais as pessoas se adaptam às demandas ambientais e intrapsíquicas, quer atuando sobre elas, ou mesmo modificando-as na procura do equilíbrio.

O bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência privada e é relativamente independente da saúde, do conforto, da riqueza e da idade. Os principais componentes são a satisfação global, a satisfação referenciada a domínios específicos da experiência, os afetos positivos e os afetos negativos.

Os Conceitos de bem-estar Objetivo (BEO) e de bem-estar Subjetivo (BES) derivam da união dos aspetos objetivos já aceites na área da saúde com os subjetivos (Rodrigues, et al., 2007). O Bem – estar objetivo tem duas subcomponentes nomeadamente a nível de bem-estar económico e sociodemográfico. O bem-estar económico relaciona-se com o nível salarial dos indivíduos. O bem-estar sociodemográfico diz respeito à residência, à saúde, à alimentação, à educação e ao lazer, entre outros aspetos (Rodrigues, et al., 2007).

A noção do bem-estar subjetivo surge nos finais dos anos 1950, aquando a procura de indicadores da qualidade de vida, para se proceder a mudanças sociais e à implementação de políticas sociais (Novo, 2003).

Na perspetiva de Neri (2007a) os estudos em torno do bem-estar subjetivo levaram à especificação de quatro aspetos centrais, segundo o autor são: o primeiro salienta aspetos que o BES resulta de experiência individuais não tendo em conta a saúde nem o conforto ou a riqueza; o segundo aspeto realça que a avaliação do BES compreende a saúde física e mental, as relações sociais e a espiritualidade; o terceiro aspeto o Bem – estar subjetivo compreende afetos, tanto positivo como afetos negativos; por último o autor refere que o Bem – estar subjetivo compreende a satisfação com a vida, o que depende que o mesmo seja construído por uma componente emocional e por uma componente cognitiva (Neri, 2007a).

Ainda na linha do pensamento do mesmo autor, este refere que a dimensão cognitiva do BES, a satisfação com a vida, é a que se demonstra mais estável visto os afetos, serem muitas vezes, resultado de eventos situacionais (Neri, 2007a).

O bem-estar subjetivo pode dividir-se em três aspetos importantes, na questão do bem-estar: ou seja, é subjetivo, isto porque pertence ao âmbito da experiência individual de cada pessoa; envolve uma avaliação pessoal da vida como um todo e também com todas as suas particularidades; inclui a avaliação de afetos positivos e negativos (emoções, sentimento, humor).

O bem-estar subjetivo distribui-se em dois grandes eixos: compreender os fatores referentes ao indivíduo (teorias *top-down*) e compreender a influência de variáveis

culturais e sociais (*bottom-up factors* ou *teorias bottom-up*) (Giacomoni, 2001). As teorias *Top-Down* atribuem o bem-estar subjetivo a características de personalidade. As teorias *Bottom-up factors* relacionam o bem-estar subjetivo com o fato de vivenciarem eventos mais favoráveis durante a vida.

Pode-se ainda referir que o bem-estar subjetivo também está associado com a importância de se manterem as ligações com o grupo social e com atendimento às necessidades básicas de habitação, escolaridade e saúde, além de uma adequada situação financeira.

A intervenção com a relação ao bem-estar subjetivo deve apoiar-se em mecanismos cognitivo-afetivos que ajudem os idosos a compreender e a atribuir sentido às suas experiências evolutivas, sentirem-se ajustados às normas sociais e a compreender e a nomear os seus estados subjetivos.

O bem-estar subjetivo, investiga a experiência individual da avaliação de vida e os processos envolvidos nessa avaliação. A perspectiva teórica da Psicologia tem procurado contribuir para a compreensão e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

3.2 Influência dos fatores sociodemográficos sobre o bem-estar subjetivo

Muitos são os fatores sociodemográficos, apontados como sendo suscetíveis de influenciar o Bem-estar Subjetivo. Tendo como base os estudos de Larson, (1978), Diner (1984) e Diner et al. (1999) que integram fatores como: a idade, a saúde, o rendimento, o estado civil, a educação e a religião.

Estas variáveis que inicialmente eram explicadas como diferenças individuais na felicidade. Julgava-se que as pessoas casadas, com rendimentos mais elevados, mais jovens, seriam mais felizes porque dispunham de diferentes recursos psicológicos, físicos ou materiais (Simões, et al., 2000). As diferenças ao nível da felicidade justificavam-se pela pertença de determinados grupos sociais (Mroczek & Kolarz 1998).

Segundo Simões e colaboradores (2000) os fatores sociodemográficos apenas explicam uma parte da variância do Bem-estar subjetivo, esta constatação foi referida como o “paradoxo do bem-estar subjetivo”, atendendo ao seu caráter contra-intuitivo e ao fato de os indivíduos poderem ser felizes, apesar de afetados por uma série de fatores que, numa primeira análise, deviam conduzir à infelicidade (p. 261).

Para se tratar a informação estatisticamente, Queroz e Neri (2005) realizaram uma análise multivariada quer do bem-estar subjetivo, quer do bem-estar psicológico, por idade, género, escolaridade, etnia e estado civil. A partir dessa análise, verificaram a existência de uma correlação estatisticamente significativa apenas para a idade e nível de escolaridade, constatando-se que os adultos com um maior grau de escolaridade apresentavam baixo bem-estar subjetivo e um elevado bem-estar psicológico (Queroz e Neri, 2005).

Seguidamente irão ser abordados os fatores sociodemográficos que se consideram que têm impacto nos estudos realizados com bem-estar subjetivo, e que, por este motivo foram abordados (alguns) na parte empírica deste estudo (idade, sexo, escolaridade e estado civil).

Idade: A idade é uma das variáveis que tem sido largamente estudada, a nível geral, o BES não se apresentam correlacionado com a idade ou as correlações são pequenas (Simões, et al., 2000). Variados estudos encontram correlações de 10 entre a idade e o BES, isto é, tende a registar-se um pequeno acréscimo no bem-estar subjetivo, à medida que os indivíduos envelhecem (Argyle., 1999).

As conclusões do estudo realizado por Diener e Sudh (1997) apontaram que a satisfação com a vida não mostrava declínio com a idade. Também a afetividade positiva diminuía, ligeiramente com as sucessivas *coortes* de idade e, no que respeita à afetividade negativa, ela mantinha-se relativamente estável de *coorte para coorte*.

Segundo os autores Simões et al. (2000) salientam que o estudo por eles elaborado é de natureza transversal, o que não permite afirmar se as diferenças encontradas são devidas à idade ou à *coorte*. Para os próprios autores, afigurar-se que o BES não tenda a baixar com a idade, isto é, que os indivíduos mais velhos se mostrem menos felizes que os mais jovens, mas a realidade é que este fato não se verifica, isto porque com as sucessivas perdas que decorrem no processo de envelhecimento, como: a saúde que se deteriora, a reforma e consequente diminuição de recursos financeiros, mesmo a perda de pessoas significativas.

Parece então, pode concluir-se, que o BES não se correlaciona com a idade. Porém os resultados de algumas investigações apontam para a possibilidade do BES aumentar com a idade (Diener & Sush 1998; Mroczek & Kolarz, 1998).

Segundo Myers (2000) refere que não há um período na vida em que se seja particularmente feliz: em qualquer época da vida, há pessoas felizes e infelizes. O que pode

mudar são os preditores da felicidade, no sentido de, por exemplo, os indivíduos mais velhos atribuírem maior importância às relações sociais e à saúde.

Sexo: O género é outra variável, em conexão à qual se poderá dizer que o seu resultado sobre o BES é inexistente ou bastante modesto (Veenhovem, 1984; Diener & Diener, 1995; Simões et al., 2000; Simões et al, 2003 e Simões et al. 2006). Segundo alguns estudos apresentam resultados controversos no sentido de que uns encontram diferenças de género, e outros não as detetam.

No entanto, na perspetiva de Nolen – Hoeksema e Rusting (1999, in Simões et al., 2003) realçam-se os domínios onde essas diferenças se costumam encontrar de forma sistemática, são os das emoções negativas, como a tristeza, a ansiedade, o medo e também ainda que de forma menos sistemática, a irritação, a agressividade, a hostilidade e os humores positivos. Ainda assim, as diferenças existentes promovem mais as mulheres. Simões et al (2000) esclarecem que este fato surge porque as mulheres experienciam, mais forte e frequentemente, quer emoções positivas, quer negativas.

Desta forma, o balanço das emoções positivas mais intensas com as emoções negativas fortes, torna o nível do BES não muito diferente do dos homens. Ainda que como afirma Wood et al. (1989), a depressão e os níveis mais extremos de afetividade negativa sejam mais prevacentes nas mulheres.

Escolaridade: Em relação à educação é necessário ter em conta que a educação está intimamente relacionada como rendimento e o nível profissional, assim, quando se controlam estas duas variáveis, o seu efeito sobre o Bem – estar subjetivo, restringe-se por completo (Diener , Suh, Lucas & Smith, 1999). Uma boa parte do efeito da educação sobre o BES parece exercitar-se através do rendimento e do nível profissional, sendo estes, causas de BES (Simões et al., 2001; Simões, 2006).

Segundo Simões (2006) explica que a educação pode criar uma gama variada de interesse, em particular relacionados com o lazer, e que constituirão novas fontes de BES. Em contrapartida poderá também contribuir para elevar as aspirações e diminuir o BES, se aumentar o intervalo entre essas aspirações e o nível de realização conseguido. Parece que a educação por si só a educação não influencia o BES.

Estado Civil: A relação entre o estado civil e o BES explica-se pelo fato do matrimónio ser para a maioria das pessoas a fonte principal de apoio social, quer ao

nível emocional material e relacional. Para Argyle (1999) refere que “ para aquelas que são casados, o cônjuge está envolvido e é instrumental para uma gama variada de satisfação, incluindo as de cariz sexual e as relacionadas com o lazer. Estar apaixonado é a principal fonte de emoções positivas. O casamento é beneficiário para a saúde, em parte porque resulta em comportamentos mais promotores da mesma – as pessoas casadas bebem e fumam menos, seguem uma dieta melhor e acatam as prescrições do médico (...) O casamento é um tipo de cooperativa biológica, cujos membros cuidam um do outro, e também recebem benefícios, pelo fato de serem capazes de mútua confiança e de discriminação os problemas com o interlocutor interessado” (p.361).

Diener et al. (1999) referem um aspeto interessante no que diz respeito ao casamento: a influência dos fatores culturais sobre a relação casamento / BES. Para os autores o casamento pode proporcionar recompensas económicas e sociais, mas isso depende, em muito, dos valores da sociedade.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Toda a investigação nasce de uma necessidade ou de uma utilidade que pode ser teórica ou prática e que está ligada a um sector não estudado, estudado de modo insuficiente, ou ainda a conclusões insatisfatórias. (Dias; 2008).

Segundo Quivy (2000, p. 31) “uma investigação é por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento”. O autor refere ainda que a questão de partida é um “ fio condutor” das reflexões do investigador.

Na segunda parte, constituída pelos capítulos 4 e 5, em que no capítulo 4, identifica-se o tipo de estudo realizado, os objetivos gerais e específicos da investigação, as hipóteses e as variáveis, a identificação da população e amostra e o instrumento de recolha de dados. No capítulo 5 apresenta-se e analisa-se os resultados obtido no estudo realizado.

CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS

Neste Capítulo 4 caracterizar-se-á a delimitação do campo, a pergunta de partida, o tipo de estudo, os objetivos, as hipóteses, as variáveis, a população, a amostra, o instrumento de recolha de dados.

A definição de uma correta metodologia de análise garante o rigor científico e a validade do estudo que se pretende realizar.

Segundo Forin (2003) qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, causadora de um mal estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. (Fortin, 2003).

Toda a fase metodológica de um estudo de investigação consta em determinar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação (Fortin, 2003).

Seguidamente descreve-se e explica-se o problema, os objetivos de estudo, as hipóteses, as variáveis, o desenho da investigação, a população e os instrumentos de recolha de dados.

4.1 Delimitação do campo e identificação da pergunta de partida

Para formularmos a pergunta de partida foi necessário inicialmente escolher o tema e justificá-lo, assim como, definir o quadro teórico em que nos baseamos. Esta fase consiste em transformar o tema em problema, expressando-o em pergunta de partida com o objetivo de o conhecer, conhecer melhor ou resolver (Dias,2010).

Como afirma Fortin (2003) *para estar em condições de formula um problema de investigação é necessário escolher previamente o domínio ou, um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e forma de uma interrogação explicita relativa ao problema a examinar e a analisar com o objetivo de obter novas informações.*

O estudo desenvolveu-se junto da população idosa institucionalizada do concelho de Fornos de Algodres..

A pergunta de partida de partida exige um conhecimento da área e da problemática feita através da revisão bibliográfica. O problema será tanto mais preciso, claro e objetivo quanto melhor se conhecer o que já foi previamente estudado (Dias, 2008 p. 116).

As questões de partida devem ser, simples, claras, objetivas , fundamentadas teoricamente, assim, a questão de partida deste estudo de investigação é a seguinte:

Quais são os níveis de qualidade de vida, e de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos existentes nos idosos institucionalizados e de que forma estes variam de acordo com o sexo e a idade?

4.2 Objetivos gerais e específicos da investigação

O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão. Desta forma, os objetivos indicam o porquê da investigação e devem ser expressos de uma forma clara e apreciável uma vez que se não for assim, não nos referimos a objetivos mas a desejos (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Geralmente os objetivos são propósitos que se pretendem atingir e que se classificam em gerais ou objetivos. Isto é, os gerais são aqueles comuns ao todo, traduzem aonde se quer chegar, são amplos, abrangentes e são observáveis.

Os objetivos específicos são aqueles que expressam uma ideia particular, são mais concretos e mais específicos para que possam ser observados e avaliados com mais segurança.

Assim, o objetivo principal deste estudo consiste em “ verificar as relações entre o envelhecimento e o bem-estar subjetivo dos idosos institucionalizados”.

Em relação aos objetivos específicos pretende-se:

- Identificar as características sociodemográficas da população idosa institucionalizada do concelho de Fornos de Algodres.
- Analisar as causas (fatores) da institucionalização
- Descrever os níveis de qualidade de vida, de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos nos idosos institucionalizados.
- Descrever os níveis de qualidade de vida existentes nos idosos institucionalizados em função do sexo e da idade.
- Descrever o nível de satisfação com a vida nos idosos institucionalizados em função do sexo e da idade.
- Descrever os afetos positivos e negativos dos idosos institucionalizados em função do sexo e da idade.
- Verificar a relação existente entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados.
- Verificar a relação existente entre os níveis de qualidade de vida e os afetos positivos e negativos dos idosos institucionalizados.
- Verificar a relação existente entre a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos dos idosos institucionalizados.

4.3 Hipóteses e variáveis

Numa investigação a hipótese é “*a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação*” (Hout, 1999 p. 53). Assim sendo, as hipóteses pretendem dar respostas ou indicar soluções às questões de investigação, são estipuladas mediante os conceitos.

Resultantes das questões de investigação, bem como dos objetivos que constituíram o suporte da investigação e conduziram à formalização das hipóteses

4.3.1 Hipóteses

A hipótese, segundo Tuckman (2000), apresenta-se como uma resposta possível para o problema e deve assumir características específicas como apresentar uma relação entre duas variáveis, apresentar-se como uma frase declarativa, de modo claro e sem ambiguidade e deve ser ope racionalizável, testável e reformulável. Para Fortin (2003), uma hipótese é “um enunciado formal que prediz a ou as relações esperadas entre duas ou mais variáveis. É uma resposta plausível para o problema de investigação”. Neste sentido, as hipóteses são uma tentativa de explicação por parte do investigador para prever os resultados principais do processo de investigação, levando à fundamentação da teoria. Estas levam o investigador a averiguar as relações entre um conjunto de variáveis independentes e variáveis dependentes.

No presente estudo elaboraram-se as hipóteses, considerando o modelo de investigação, que servirão de fio condutor para a presente investigação, as quais se passam a mencionar:

H1: Existem diferenças significativas entre a qualidade, a idade e o género dos utentes das Instituições

H2: Existem diferenças significativas entre a satisfação com a vida, a idade e o género dos utentes da Instituição

H3: Existem diferenças significativas entre os afetos positivos e negativos, a idade e o género dos utentes da Instituição

H4: Existem correlações estatisticamente significativas entre os vários domínios da qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados.

H5: Existem correlações estatisticamente significativas entre os vários domínios da qualidade de vida e os afetos positivos e negativos dos idosos institucionalizados.

H6: Existem correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos dos idosos institucionalizados.

4.3.2 Variáveis

A identificação e a operacionalização das variáveis, consiste na identificação e operacionalização dos aspetos observáveis de um fenómeno suscetíveis de se manifestar através de diferentes valores para exprimir graus, qualidades ou diferenças (Fortin,

2003). Deste modo, as variáveis consideradas no estudo, resultante da informação recolhida através da aplicação das diversas escalas à amostra, foram primeiramente codificadas e classificadas para posterior tratamento estatístico.

Uma variável independente é o “fator que é medido, manipulado e selecionado pelo investigador, para determinar a sua relação com um fenómeno observado” (Tuckman, 2000, pp.122-123). Desta forma, na presente investigação, as variáveis independentes dizem respeito à identificação pessoal dos sujeitos em estudo sendo elas o sexo e a idade.

A variável dependente é uma variável de resposta, isto é, “a variável dependente é o fator que é observado e medido para determinar o efeito da variável independente, ou seja, o fator que se manifesta, desaparece ou varia, à medida que o investigador introduz, remove ou faz variar a variável independente” (Tuckman, 2000, p.122). Neste sentido, e indo ao encontro das hipóteses levantadas, as variáveis dependentes do presente estudo resultam das três escalas aplicadas e são elas:

- Qualidade de vida: funcionamento sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade.
- Satisfação com a vida.
- Afetos positivos e afetos negativos.

4.4 O Desenho da Investigação

4.4.1. Tipo de Estudo

Em relação a este estudo, pode classificar-se segundo o setor de conhecimento, como pluridisciplinar, uma vez que convivem diversas áreas de estudo, como a sociologia, a demografia, a psicologia, a política social, a assistência social no velhice, a medicina, a enfermagem, o exercício físico, e a estatística

De acordo com a questão de investigação, classificamos este estudo como quantitativo, na forma em que procura uma explicação do fenómeno por nós estudado, isto significa, a análise de um caso específico, o universo dos idosos institucionalizados no concelho de Fornos de Algodres.

Segundo a opinião da autora Fortin (2003) pretende-se “*a descoberta de fatores ligados a um fenómeno*”. Desta forma trata-se de um estudo descritivo correlacional, dado explorar-se e descrever-se a existência de relações entre as variáveis em estudo.

É ainda um estudo transversal, porque a causa e o efeito do fenómeno em análise ocorrem simultaneamente, embora a causa possa existir apenas no momento da recolha dos dados, ou nalgum momento do passado.

Relativamente ao tempo da investigação, este é um estudo retrospectivo, pois analisaram-se e relacionaram-se factos e fenómenos que ocorreram no passado, segundo ainda a mesma autora “ *o investigador tenta ligar um fenómeno presente no momento do inquérito a um outro fenómeno que lhe foi anterior*” (Fortin, 2003 p. 170).

Efetivamente o envelhecimento, o bem-estar subjetivo, a institucionalização, são temáticas atuais e simultaneamente muito atrativas, numa sociedade envelhecida. Por isto, o trabalho de investigação da dissertação da tese de mestrado desenvolve-se sobre o tema do bem-estar subjetivo nos idosos institucionalizados.

4.4.2 População e amostra

Fortin (2003) define população como um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” e refere ainda que uma amostra é o “conjunto de sujeitos retirados de uma população” (p.363). A mesma autora refere ainda que “a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a generalização dos resultados.

Torna-se evidente que o número ótimo de participantes depende das características das investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que quanto maior é o número de participantes na amostra menor é o erro de amostragem, mas tal é verdade em parte, pois o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra representativa (Carmo & Ferreira, 1998).

A presente amostra é de conveniência e foi selecionada ao acaso (não probabilística), a partir da totalidade da população sendo constituída por 84 sujeitos institucionalizados.

De seguida serão apresentados os dados relativos às características das mesmas. Desta foram, a presente amostra, convém recordar, é constituída pelos 84 utentes de seis Instituições, nomeadamente 15 são da instituição Casa de Repouso Santa Teresa; 13 idosos inquiridos da Santa Casa da Misericórdia de Fornos de Algodres; 19 idosos inquiridos da Associação de Promoção Social Recreativa: Desportiva e Humanitária de Maceira, 15 idosos da Associação de Promoção Social Recreativa, Desportiva e Humanitária de Vila Ruiva, 9 idosos da Associação de Promoção Social Recreativa, Desportiva e Humanitária de Queiriz e 13 idosos inquiridos da Associação de Promoção Social Recreativa, Desportiva e Humanitária de Muxagata. Assim, a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino ($n=53$; 63,1%) com idades superiores a 84 anos ($n=41$; 48,8%).

Verifica-se que a maioria da amostra é viúva ($n=44$; 52,4%) e viviam, antes da institucionalização, num meio predominantemente rural ($n=63$; 75%). Mais de metade da amostra afirma que sabe ler e escrever ($n=52$; 61,9%) e que andou na escola ($n=52$; 61,9%) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica

<i>Dados Sociodemográficos</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Género		
Feminino	53	63,1
Masculino	31	36,9
<i>Total</i>	84	100
Faixa Etária		
<65 anos	6	7,1
65-74 anos	10	11,9
75-84 anos	27	32,1
>84 anos	41	48,8
<i>Total</i>	84	100
Estado Civil		
Solteiro	16	19
Casado	20	23,8
Viúvo	44	52,4
União de facto	4	4,8
<i>Total</i>	84	100
Meio onde vivia antes da institucionalização		
Urbano	21	25
Rural	63	75
<i>Total</i>	84	100
Sabe ler e escrever?		
Sim	52	61,9
Não	32	38,1
<i>Total</i>	84	100
Frequentou a escola?		
Sim	52	61,9
Não	32	38,1
<i>Total</i>	84	100

Quanto à profissão que exerciam antes de se reformarem, os resultados evidenciam que a profissão mais mencionada foi agricultor (n=25; 29,8%) seguido de doméstica (n=21; 25%). Aquelas que também apresentaram alguma frequência de resposta remetem para comerciante e professor(a), com 8,3% de respostas.

No que concerne à nacionalidade verifica-se que a totalidade da amostra (100%) nasceu em Portugal (Tabela 2).

Tabela 2: Dados sociodemográficos – profissão e nacionalidade

<i>Dados Sociodemográficos – profissão e nacionalidade</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Profissão antes da reforma		
Comerciante	7	8,3
Ovinocultor	3	3,6
Agricultura	25	29,8
Doméstica	21	25
GNR	4	4,8
Polícia	1	1,2
Educadora	1	1,2
Enfermeira	2	2,4
Tecedeira	1	1,2
Emigrante	3	3,6
Professora	7	8,3
Pedreiro	3	3,6
Guarda-fiscal	3	3,6
Contabilista	1	1,2
Médica	1	1,2
Político	1	1,2
<i>Total</i>	84	100
Nacionalidade		
Portuguesa	84	100
<i>Total</i>	84	100

Os utentes foram ainda inquiridos quanto à composição do seu agregado familiar e os resultados evidenciam que na maioria o agregado familiar dos idosos é constituído pelo próprio em conjunto com os filhos, noras e/ou genros (n=45; 53,6%). Logo a seguir conclui-se que quando o agregado não é composto por estes elementos é constituído pelo próprio e o conjugue (n=16; 19%) (Tabela 3).

Tabela 3: Composição do agregado familiar

<i>Composição do agregado familiar</i>			
		Sim	Não
Esposa/companheiro	n	16	68
	%	19	81
Filhos/genros/noras	n	45	39
	%	53,6	46,4
Netos	n	8	76
	%	9,5	90,5
Tios/sobrinhos	n	2	82
	%	2,4	97,6
Irmãos	n	8	76
	%	9,5	90,5
Cunhados	n	0	84
	%	0	100
O próprio	n	10	74
	%	11,9	88,1

4.4.3. Instrumentos de recolha de dados

Os meios técnicos que se usaram nesta investigação para registar as observações e facilitar o tratamento estatístico decorreram de acordo com um plano pré-estabelecido, isto é, através da “colheita sistemática de informação junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida selecionados” (Sousa, 2009, p.190).

A investigação de natureza quantitativa caracteriza-se pela aplicação de técnicas rigorosas de colheita de dados, muitas delas estandardizadas, permitindo desta forma certificar a validade e a fidelidade dos dados recolhidos. Assim, pelo facto de se considerar que é a forma mais fácil de administração e que vai ao encontro dos objetivos estabelecidos para este trabalho, recorreu-se ao questionário como forma de recolha de dados. Esta é uma técnica que permite o anonimato dos indivíduos inquiridos, facto este que será positivo para a credibilidade dos dados obtidos, uma vez que o sujeito poderá sentir-se mais à vontade. Outra razão da escolha do questionário foi a possibilidade de recolher um grande número de respostas, o qual não seria possível com entrevistas.

O questionário final (Anexo 1) é constituído por duas partes, sendo a primeira alusiva aos dados da identificação pessoal dos idosos da amostra, importantes para a sua caracterização.

A segunda parte é constituída por três escalas, nomeadamente: escala de satisfação com a vida (SWLS) (Anexo 2), escala de afeto positivo e negativo (PANAS) (Anexo 3) e escala de qualidade de vida (WHOQOL-OLD) (Anexo 3). Sublinha-se que todas as escalas estão devidamente adaptadas e aferidas para a população portuguesa.

4.4.3.1 Escalas para avaliar o bem-estar subjetivo

4.4.3.1.1 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A escala de satisfação com a vida (*Satisfaction with life scale*) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo. Foi elaborada por Diener e colaboradores (1985) com o objetivo de avaliar o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas. Os itens de SWLS são globais, isto é, conduzem os inquiridos a pesar os domínios das suas vidas segundo os seus próprios valores e permitem um julgamento global sobre a satisfação com a vida.

A versão original da escala é constituída por 5 itens com uma escala de resposta tipo Likert, formulados no sentido positivo. Nesta versão a pontuação do sujeito pode variar entre 5 e 35 pontos, sendo que os 20 pontos representam o ponto médio. A SWSL tem revelado uma boa consistência interna e uma moderada estabilidade temporal. Verifica-se que tem uma forte validade de constructo uma vez que o instrumento se correlaciona positiva e significativamente com outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991). Por seu turno, revelou relacionar-se de forma negativa com a depressão, o afeto negativo, a ansiedade e o neuroticismo.

A escala foi validada e adaptada para a população portuguesa numa primeira fase por Neto e colaboradores (1990), e posteriormente por Simões (1992). No presente estudo optou-se pela validação de Simões (1992) por ser mais acessível a pessoas com baixo nível de escolaridade, coadunando com a nossa amostra. Esta escala foi assim validada com uma amostra de 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra e por 130 adultos de idades e profissões diversas.

Na validação de Simões (1992) as opções de resposta foram reduzidas de 7 para 5, nomeadamente discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito (5). Os resultados que se podem obter oscilam entre 5 e 25, indicando a maior pontuação uma maior satisfação com a vida. O ponto médio situa-se nos 15 pontos. A escala apresenta uma consistência interna de .77, integrando assim boas propriedades psicométricas.

4.4.3.1.2 Escala de afeto positivo e afeto negativo (PANAS)

A presente escala tem como objetivo avaliar a vertente afetiva do bem-estar subjetivo (afetividade positiva e afetividade negativa). A escala PANAS foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e inicialmente era constituída por 20 itens que descrevem a afetividade sentida pelo sujeito, sendo que 10 se integram no domínio do afeto positivo (escala PA) e os outros 10 descrevem o afeto negativo, formando a subescala NA. A escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos e o inquirido deve assinalar a extensão em que experienciou cada um dos estados de espírito durante um determinado período de tempo.

A PANAS revela boas propriedades psicométricas, com valores de consistência interna que variam entre .86 e .90 para a subescala PA e valores entre .84 e .87 na subescala NA, não sendo nenhuma delas afetadas pelo quadro temporal.

No presente estudo irá ser utilizada a versão da PANAS validada por Simões (1993) para a população portuguesa. O autor adicionou um item à subescala PA e outro à subescala NA, sendo que a versão final totaliza 22 itens. As duas escalas apresentam uma boa consistência interna: .82 para PA e .85 para NA.

4.4.3.1.3 Escala de qualidade de vida (WHOQOL-OLD)

A escala de qualidade de vida pretende desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas. A escala pode ser utilizada numa ampla variedade de estudos incluindo investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica em que questões sobre a qualidade de vida sejam cruciais. O módulo WHOQOL-OLD permitirá a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para adultos idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida.

O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de *Likert* atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia. A faceta “Participação Social” delinea a participação em atividades do quotidiano, especialmente na comunidade. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o resultado dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os resultados destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um resultado geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos. Conforme empiricamente sustentado, por análises do modelo de medição através de modelagem de equações estruturais, a qualidade de vida é concebida como um fator de ordem mais elevada, subjacente à estrutura do módulo WHOQOL-OLD. Para se proceder ao cálculo das facetas tem de se recorrer à categorização dos itens nas escalas apropriadas sendo que se tem de recodificar os itens expressos negativamente, ou seja, os valores numéricos atribuídos nestes itens (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 20) têm de ser invertidos da seguinte forma: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Em suma, os resultados altos representam uma alta qualidade de vida, e resultados baixos representam uma baixa qualidade de vida.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com o presente capítulo pretende-se fazer uma análise aprofundada dos resultados obtidos na amostra em estudo, com vista à realização da discussão dos mesmos. Para tal irá ser realizada uma análise inferencial, com recurso a ferramentas disponíveis no SPSS, cruzando variáveis e comparando as escalas com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo e a idade.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

5.1.1 Análise descritiva em função da institucionalização

De acordo com as análises que se seguem verifica-se que a maioria dos utentes estão institucionalizados há pelo menos 3 anos ($n=30$; 35,7%) e essa institucionalização deveu-se a motivos relacionados com o estado de saúde ($n=23$; 27,4%). Os resultados indicam ainda que a maioria dos sujeitos optaram por ir para a Instituição por vontade própria ($n=52$; 61,9%) e antes da institucionalização habitavam com os conjugues ($n=50$; 59,5%) (Tabela 4).

Tabela 4: Fatores da institucionalização

<i>Institucionalização</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Tempo de institucionalização		
1 mês	3	3,6
6 meses	8	9,5
2 anos	16	19
3 anos	30	35,7
4 anos	9	10,7
>4 anos	18	21,4
<i>Total</i>	84	100
Motivo da institucionalização		
Viver sozinho	18	21,4
Doença	23	27,4
Viver sozinho e doença	17	20,2
Sem cuidador na família	11	13,1
Dificuldade de relacionamento familiar	2	2,4
Não sabe	5	6
Doença do conjugue	6	7,1
Sem casa	1	1,2
Descanso do cuidador	1	1,2
<i>Total</i>	84	100
Porque veio para a Instituição?		
Vontade própria	52	61,9
Colocado por terceiros	32	38,1
<i>Total</i>	84	100
Habitava com quem antes da institucionalização?		
Sozinho	24	28,6
Irmãos	4	4,8
Conjugue/companheiro	50	59,5
Filhos	3	3,6
Netos	1	1,2
Sobrinhos	1	1,2
Mãe	1	1,2
<i>Total</i>	84	100

A Tabela 5 revela que 81% dos utentes manifestam gosto em estar na Instituição ($n=68$) uma vez que consideram que na mesma os ajudam com os cuidados de saúde ($n=12$; 48%). Quanto aos que não gostam de estar na Instituição ($n=16$; 19%) ressalva-se o motivo “*preferia estar em casa*” ($n=4$; 16%).

Tabela 5: Gosto em estar na Instituição

	<i>N</i>	<i>%</i>
Gosta de estar na Instituição?		
Sim	68	81
Não	16	19
<i>Total</i>	84	100
Porquê?		
Não tenho filhos e aqui tratam de mim e do meu marido sempre que precisamos	3	12
Preferia estar em casa	4	16
Funcionárias falam muito alto	1	4
Só me dão restos	1	4
Ajudam-me nos cuidados de saúde	12	48
Porque não consigo ter o meu espaço	1	4
Tenho paz aqui	1	4
Os meus filhos deixaram-me aqui por 15 dias e já passaram 2 anos e ainda aqui estou	1	4
Não quero morrer perto dos meus filhos	1	4
<i>Total</i>	25	100

Os utentes foram inquiridos relativamente ao relacionamento interpessoal. Desta forma, 36,9% considera que na Instituição se preocupam consigo ($n=31$). A par desta opinião os sujeitos indicaram ainda que a relação que têm quer com os restantes utentes ($n=34$; 40,5%) quer com os colaboradores da Instituição é muito boa ($n=32$; 38,1%) (Tabela 6).

Tabela 6: Relacionamento interpessoal

<i>Relacionamento interpessoal</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Considera que na Instituição se preocupam consigo?		
Muito	31	36,9
Bastante	25	29,8
Suficiente	21	25
Pouco	3	3,6
Muito pouco	4	4,8
<i>Total</i>	84	100
Como é a sua relação com os outros utentes?		
Muito boa	34	40,5
Boa	27	32,1
Razoável	16	19
Má	4	4,8
Péssima	3	3,6
<i>Total</i>	84	100
Que tipo de relação tem com os colaboradores da Instituição?		
Muito boa	32	38,1
Boa	29	34,5
Razoável	18	21,4
Má	1	1,2
Péssima	4	4,8
<i>Total</i>	84	100

Os resultados da Tabela 7 indicam que 82,1% dos inquiridos estão satisfeitos com as instalações da Instituição em que estão sendo que o motivo mais frequentemente frisado foi o facto de serem instalações novas ($n=3$; 23,1%).

Tabela 7: Instalações da Instituição

<i>Instalações Instituição</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Está satisfeito com as instalações da Instituição?		
Sim	69	82,1
Não	15	17,9
<i>Total</i>	84	100
Porquê?		
Cheira mal	2	15,4
Quero a minha casa	1	7,7
Não gosto da sala de estar	1	7,7
Queria um quarto só meu	1	7,7
São novas	3	23,1
Porque são limpas e não tem cheiro a lar de idosos	2	15,4
Para aquilo que pago devia ter um quarto só meu	1	7,7
São muito antigas	2	15,4
<i>Total</i>	13	100

Quanto aos serviços prestados pela Instituição, verifica-se que a maioria dos utentes está satisfeita com os mesmos ($n=74$; 88,1%). Considerando as justificações dadas e registadas constata-se que esta satisfação, para a maioria que respondeu à pergunta (apenas 11 sujeitos), é devida ao facto de as auxiliares prestarem apoio sempre que os idosos precisam como levarem-nos às consultas ou a passear ($n=4$; 36,4%) (Tabela 8).

Tabela 8: Serviços prestados pela Instituição

<i>Serviços Instituição</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Está satisfeito com os serviços prestados pela Instituição?		
Sim	74	88,1
Não	10	11,9
<i>Total</i>	84	100
Porquê?		
Tenho ginástica	1	9,1
Tratam bem do meu conjugue	2	18,2
Falta limpeza	1	9,1
A comida não é saudável	1	9,1
As auxiliares levam-me às consultas e a passear	4	36,4
A nível de saúde melhorei	1	9,1
Funcionárias falam muito alto	1	9,1
<i>Total</i>	11	100

No que concerne ao acolhimento prestado pela Instituição também se verifica que os sujeitos, na sua maioria, estão satisfeitos com o mesmo ($n=74$; 88,1%) uma vez que, segundo os utentes, os colaboradores se preocupam com eles ($n=5$; 35,7%) (Tabela 9).

Tabela 9: Acolhimento dado pela Instituição

<i>Acolhimento dado pela Instituição</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Está satisfeito com o acolhimento dado pela Instituição?		
Sim	74	88,1
Não	10	11,9
<i>Total</i>	84	100
Porquê?		
A Dra. fala muito comigo e as funcionárias também	3	21,4
Tratam da minha saúde	1	7,1
Não me deixam sair para a rua sozinha	2	14,3
Pensei que iríamos fazer mais atividades	1	7,1
Não gosto de estar no lar mas as coisas são boas	1	7,1
Os colaboradores preocupam-se muito comigo	5	35,7
As funcionárias falam muito alto	1	7,1
<i>Total</i>	14	100

5.1.2 Análise descritiva em função da saúde

Tendo em conta o tipo de dependência dos utentes é possível observar-se, mediante os resultados obtidos, que a maioria é parcialmente dependente ($n=29$; 34,5%) e atualmente cerca de 90% tem algum tipo de doença. As doenças mais mencionadas foram AVC ($n=14$; 18,7%) e cancro ($n=14$; 18,7%), nomeadamente de intestinos ($n=5$), pulmonar ($n=4$), estômago ($n=2$), pele ($n=1$), próstata ($n=1$) e garganta ($n=1$).

Tabela 10: Saúde

<i>Saúde</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Tipo de dependência		
Autónomo	23	27,4
Parcialmente dependente	29	34,5
Dependente	27	32,1
Muito dependente	5	6
<i>Total</i>	84	100
Atualmente tem algum tipo de doença?		
Sim	75	89,3
Não	9	10,7
<i>Total</i>	84	100
Se sim, indique a doença:		
Asma	2	2,7
Diabetes	8	10,7
Doenças de olhos	1	1,3
Doenças cardiovasculares	8	10,7
Doenças do estomago/intestino	5	6,7
Doenças pulmonares	5	6,7
Cancro	14	18,7
AVC	14	18,7
Parkinson	1	1,3
Depressão crónica	3	4,0
Esquizofrenia	2	2,7
Osteoporose	2	2,7
Esclerose múltipla	4	5,3
Deficiência psíquica	2	2,7
Pernas amputadas	1	1,3
Demência	1	1,3
Tuberculose inativa	1	1,3
HIV-Sida	1	1,3
<i>Total</i>	75	100

No que se refere ao estado emocional dos sujeitos aquando da realização do questionário os resultados indicam que cerca de 30% dos sujeitos ($n=24$) se encontravam tristes.

Quanto aos tempos livres, a maioria dos utentes ocupam os mesmos vendo televisão ($n=42$; 50%), lendo ($n=10$; 11,9%) ou dedicando-se ao culto ($n=10$; 11,9%) (Tabela 11).

Tabela 11: Estado emocional e tempos livres

	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado emocional		
Feliz	11	13,1
Contente	17	20,2
Triste	24	28,6
Frustrado	19	22,6
Medo	12	14,3
Ira	1	1,2
<i>Total</i>	84	100
Tempos livres		
Leitura	10	11,9
Ver tv	42	50
Ouvir música	6	7,1
Passear	9	10,7
Culto	10	11,9
Tricô	1	1,2
Jogar às cartas	4	4,8
Horticultura	1	1,2
Conversar com os amigos	1	1,2
<i>Total</i>	84	100

5.1.3 Análise descritiva em função do apoio prestado pela família

No que concerne à frequência das visitas da família aos utentes é possível constatar-se, de acordo com os resultados obtidos, que a maioria visita os idosos apenas ao fim de semana ($n=38$; 45,2%), seguido da frequência *uma vez por mês* ($n=17$; 20,2%).

Observa-se, mediante a leitura e análise da Tabela 12, que a maioria dos sujeitos não teve oportunidade para voltar a casa após a institucionalização ($n=44$; 52,4%) e esta oportunidade não surgiu devido ao estado de saúde dos idosos. Por outro lado, aqueles que têm ou tiveram oportunidade para voltar a casa ($n=40$; 47,6%), estes retornos acontecem maioritariamente em momentos festivos, como o Natal, a Páscoa ou o aniversário do próprio ou de algum familiar ($n=14$; 38,9%).

Tabela 12: Visitas dos familiares

<i>Visitas</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Frequência das visitas da família		
Uma vez por mês	17	20,2
Uma vez por semana	13	15,5
Só ao fim de semana	38	45,2
Todos os dias	3	3,6
Nunca	9	10,7
Uma vez por ano	3	3,6
Raramente	1	1,2
<i>Total</i>	84	100
Oportunidade de voltar a casa desde institucionalização		
Sim	40	47,6
Não	44	52,4
<i>Total</i>	84	100
Motivo		
Vendemos o que tínhamos antes de vir para o lar	2	5,6
Tenho de estar com oxigénio 24h	3	8,3
Visita com as filhas	2	5,6
Aos domingos almoçamos fora com os filhos	2	5,6
Estou acamado, sou um inútil	1	2,8
Não tenho casa	1	2,8
Ao fim de semana vou a casa	2	5,6
Esposa não quer voltar, casa está à venda	1	2,8
Passar férias com filhos e netos	1	2,8
Vou a casa sempre que preciso	1	2,8
Festividades	14	38,9
Tenho a casa à venda	1	2,8
Não tenho mais ninguém	1	2,8
Sempre que vou ao médico	1	2,8
Tenho carro e saio sempre que quero	1	2,8
Todos os dias	1	2,8
Não posso apanhar sol	1	2,8
<i>Total</i>	84	100

Os resultados da Tabela 13 indicam que, felizmente, os idosos não se sentem abandonados pela família desde que entraram para a Instituição ($n=70$; 83,3%). Quando questionados sobre o porquê desta resposta a maioria (dos 11 sujeitos que responderam) mencionam que os filhos visitam e telefonam sempre que podem ($n=3$; 27,3%).

Tabela 13: Apoio familiar

<i>Apoio familiar</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Sente-se abandonado pela família desde que entrou para Instituição?		
Sim	14	16,7
Não	70	83,3
<i>Total</i>	84	100
Porquê?		
Filhos visitam e telefonam sempre que podem	3	27,3
Vir para o lar foi bom, já recuperei muito	2	18,2
Visitam-me regularmente	2	18,2
Deixaram-me aqui e não voltaram mais	1	9,1
Não tenho mais ninguém	1	9,1
Telefonam-me muitas vezes	1	9,1
Desde que fui contaminado com o VIH os meus filhos raramente me ligam	1	9,1
<i>Total</i>	11	100

5.1.4 Análise descritiva do bem-estar subjetivo

A Tabela 14 revela os resultados relativos ao bem-estar subjetivo que integra em si os valores das duas escalas utilizadas, nomeadamente a da satisfação com a vida, afeto positivo (PA) e afeto negativo (NA).

Para se compreender na totalidade o bem-estar subjetivo é pertinente analisar estes resultados individualmente. Quer a SWLS, quer a PA e a NA são constituídas por escalas do tipo *Likert* de 5 pontos. Tal como mencionado no ponto dos instrumentos utilizados, a SWLS é constituída por 5 itens, enquanto as escalas PA e NA são constituídas cada uma por 11 itens. Desta forma, a variabilidade da SWLS situa-se entre os 5 e os 25 pontos (com um índice médio de 15 pontos) e a variabilidade das pontuações da PA e NA situam-se entre os 11 e os 55 pontos (com um índice médio de 33 pontos).

De acordo com os resultados verifica-se que, no que concerne à satisfação com a vida, os idosos pontuam um índice médio de 14 pontos, aproximando-se este valor sensivelmente do meio da escala. Em relação à afetividade positiva (PA) e afetividade negativa (NA) apresentam também valores médios próximos do meio da escala, sendo que a afetividade negativa é a apresenta maior expressão (33,55).

Tabela 14: Estatística descritiva relativa à SWLS, PA e NA

Escalas	N	Nº Itens	Leque (min-máx)	Média	DP
SWLS	84	5	5-25	13,66	5,0
PA	84	11	11-55	30,10	8,0
NA	84	11	11-50	33,55	9,1

5.1.5 Análise descritiva da qualidade de vida – WHOQOL

Tal como explorado anteriormente, o WHOQOL-OLD é constituído por 24 itens numa escala de *Likert* de 5 pontos. Da escala é possível extrair seis facetas, nomeadamente *funcionamento sensorio* (FS), *autonomia* (AUT), *atividades passadas, presentes e futura* (PPF), *participação social* (PSO), *morte e morrer* (MEM) e *intimidade* (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens sendo que os resultados possíveis podem oscilar entre 4 e 20 pontos (com um índice médio de 12 pontos). Os resultados de todas estas facetas podem ser combinados para produzir o resultado geral ou o *score* total que pode variar entre 24 e 120 pontos (com um índice médio de 72 pontos).

Face ao exposto verifica-se que os idosos nas subescalas FS (8,03), MEM (8,82) e IT (6,39) pontuam ligeiramente abaixo do índice médio possível pelo que se pode concluir que o impacto da perda das habilidades sensoriais, bem como as dificuldades em fazer e manter relações pessoais e íntimas está a afetar a sua qualidade de vida. Os valores obtidos na faceta *morte e morrer* (MEM) indicam ainda que as preocupações e inquietações sobre o tema também estão a afetar a qualidade de vida dos sujeitos. As restantes subescalas apresentam pontuações aproximadamente perto do índice médio, pelo que não se revelam preocupantes.

Tendo em conta a pontuação da escala total, é possível inferir que a qualidade de vida dos sujeitos apresenta-se afetada pelas três facetas mencionadas anteriormente, uma vez que o resultado médio obtido (56,86) se encontra ligeiramente abaixo do índice médio da escala.

Tabela 15: Estatística descritiva da escala de qualidade de vida (WHOQOL-OLD)

Subescalas	N	Nº Itens	Leque (min-máx)	Média	DP
FS	84	4	4-20	8,03	3,8
AUT	84	4	4-20	12,33	3,0
PPF	84	4	4-20	10,96	3,0
PSO	84	4	4-20	10,32	3,4
MEM	84	4	4-20	8,82	5,5
IT	84	4	4-17	6,39	2,6
WHOQOL-OLD TOTAL	84	24	31-84	56,86	9,7

6.1 ANÁLISE INFERENCIAL

6.1.1. Análise das escalas

Neste ponto apresentam-se os dados relativos ao agrupamento dos itens das escalas, nomeadamente da escala de satisfação com a vida, escala de afeto positivo e negativo e escala de qualidade de vida, que foram tomados como parcelas para a formação de cada uma das subescala. Sublinha-se que a partir deste momento todas as análises serão realizadas em função das subescalas criadas e não dos itens separados.

A análise das propriedades psicométricas das escalas permite conhecer a sensibilidade, a fidelidade e a consistência interna dos resultados obtidos na amostra, bem como comparar com as normas de interpretação fixadas pelos estudos de aferição de cada escala.

Nos quadros que se seguem estão patentes os resultados provenientes do estudo realizado às propriedades métricas dos itens agregados através das medidas de distribuição e dos valores da análise de consistência interna.

6.1.1.1 Estudo psicométrico da escala de satisfação com a vida – SWLS (*Satisfaction With Life Scale*)

Tendo em conta os resultados da fiabilidade a leitura e análise do Quadro 1 revelam as estatísticas descritivas (média e desvio padrão), as correlações de cada item permitindo perceber a forma como cada item se combina com o total da escala, bem como os parâmetros de validade e precisão.

No que se refere às estatísticas constata-se que os índices médios na sua maioria estão bem centrados já que se situam acima do valor médio. O item 1 “*a minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse*” é o que apresenta o índice médio mais elevado ($M=2.85$).

No estudo da fiabilidade verifica-se, no que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido, que os itens apresentam resultados moderados e altos oscilando entre $r=0,676$ e $r=0,763$, pelo que se pode concluir que os itens revelam-se homogêneos.

Considerando os parâmetros de validade e precisão da escala de satisfação com a vida verifica-se que os valores de *alpha de Cronbach* oscilam entre $\alpha=0,838$ e $\alpha=0,861$, sendo portanto considerados valores bons. O valor de *alpha* para a globalidade da escala é superior ($\alpha=0,877$) quando comparado por aquele encontrado aquando da sua aferição por Simões (1992) ($\alpha=0,77$) (Quadro 1).

Quadro 1: Consistência interna da escala de satisfação com a vida

Itens	M	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	2,85	1,19	,676	,472	,859
2. As minhas condições de vida são muito boas.	2,75	1,20	,763	,626	,838
3. Estou satisfeito com a minha vida.	2,64	1,14	,734	,560	,846
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	2,79	1,16	,702	,532	,853
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	2,64	1,38	,683	,473	,861
Alpha Cronbach global = ,877					

6.1.1.2 Estudo psicométrico da escala do afeto positivo e do afeto negativo - PANAS

Nas linhas que se seguem ir-se-á realizar uma análise dos resultados obtidos mediante as estatísticas descritivas (médias e desvio padrão) e o estudo da homogeneidade de ambas as escalas (PA e NA).

No que se refere às estatísticas da escala PA (afeto positivo) verifica-se que os índices médios dos itens, na sua maioria, são bem centrados já que se encontram acima do valor médio, excetuando os itens 1, 3, 5, 9 e 10 que apresentam resultados ligeiramente mais baixos (oscilando entre 2,24 e 2,45). Os resultados psicométricos da escala PA permitem verificar que os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 9 “*entusiasmado(a)*” é o que se apresenta mais problemático ao revelar uma correlação de $r=0,169$ não se mostrando homogéneo face aos outros itens. O que apresenta uma maior correlação e aquele se revela mais favorável é o item 16 “*decidido(a)*” ($r=0,522$). Os resultados psicométricos da escala permitem ainda verificar que os valores de *alpha de Cronbach* para cada um dos itens que constituem a escala podem classificar-se de fracos razoáveis observando-se o valor mínimo de ($\alpha=0,681$) no item 11 “*decidido(a)*” e o máximo de ($\alpha=0,727$) no item 19 “*ativo*”, sendo o *alpha* global de ($\alpha=0,72$), valor este que fica ligeiramente aquém daquele encontrado por Simões (1993) na validação da escala, ou seja, $\alpha=0,82$.

Em relação à escala NA (afeto negativo) verifica-se que, à exceção do item 8 “*hostil*” (média=2,49), os índices médios dos itens se encontram bem centrados uma vez que se situam acima do valor médio, oscilando entre 2,85 no indicador 6 “*culpado(a)*” e 3,44 no item 20 “*medroso(a)*”. Na continuação do estudo de fiabilidade apresentam-se ainda os parâmetros de precisão e validade. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 18 “*agitado(a)*” é o que menor valor correlacional apresenta ($r=0,176$), podendo não revelar-se por isso homogéneo face a outros itens e a correlação máxima é obtida no item 11 “*irritável*” com um valor de “*r*” de 0,442. Por fim, os valores de *alpha* variam dentro dos intervalos considerados razoáveis pois situam-se entre $\alpha=0,733$ e $\alpha=0,777$. O valor de consistência interna global situa-se também no intervalo considerado razoável ($\alpha=0,77$) contrastando, uma vez mais, com o valor encontrado por Simões (1993) na validação da escala para a população portuguesa, visto este ser considerado um valor bom ($\alpha=0,85$).

Quadro 2: Consistência interna da escala de afeto positivo (PA) e afeto negativo (NA)

Quadro 2: Consistência interna da escala de afeto positivo (PA) e afeto negativo (NA)						
Itens	M	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item	Alpha global
AFETO POSITIVO (PA)						
1. Interessado (a)	2,36	1,22	,396	,350	,702	,724
3. Estimulado (a)	2,24	1,14	,342	,398	,709	
5. Forte	2,36	1,35	,484	,366	,688	
9. Entusiasmado	2,43	1,42	,219	,169	,726	
10. Orgulhoso (a)	2,45	1,46	,403	,252	,699	
12. Atento (a)	3,33	1,47	,336	,292	,710	
14. Inspirado (a)	2,68	1,47	,481	,296	,687	
16. Decidido (a)	2,93	1,45	,522	,355	,681	
17. Atencioso (a)	3,35	1,46	,402	,261	,700	
19. Ativo	2,92	1,49	,221	,272	,727	
21. Emocionado (a)	3,07	1,51	,289	,231	,717	
AFETO NEGATIVO (NA)						
2. Aflito (a)	3,08	1,31	,373	,212	,758	,770
4. Aborrecido (a)	3,02	1,54	,466	,251	,747	
6. Culpado (a)	2,85	1,43	,360	,237	,760	
7. Assustado (a)	2,86	1,59	,423	,342	,752	
8. Hostil	2,49	1,53	,377	,370	,758	
11. Irritável	3,20	1,51	,579	,442	,733	
13. Envergonhado (a)	3,32	1,45	,493	,321	,744	
15. Nervoso (a)	3,36	1,52	,525	,383	,740	
18. Agitado (a)	3,04	1,45	,308	,176	,765	
20. Medroso (a)	3,44	1,55	,507	,376	,742	
22. Magoado (a)	2,92	1,63	,228	,282	,777	

6.1.1.3 Estudo psicométrico da escala de qualidade de vida - WHOQOL-OLD

O Quadro 3 revela os resultados da fiabilidade da escala, nomeadamente as médias, desvios padrões e os parâmetros de validade e precisão. No que se refere às estatísticas constata-se que os índices médios na sua maioria dos itens se encontram abaixo do valor médio, oscilando estes entre 1,57 e 2,48. Por outro lado, aqueles que se encontram bem centrados variam entre 2,56 e 3,62.

No estudo da fiabilidade verifica-se, no que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido parece existir pouca homogeneidade no item 4 ($r=0,382$) por apresentar uma correlação fraca. Quanto aos valores de *alpha de Cronbach*, estes variam entre os intervalos fracos e razoáveis, uma vez que oscilam entre $\alpha=0.655$ no item 16 “até que ponto está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?” e $\alpha=0.725$

no item 6 “até que ponto está preocupado com a forma como irá morrer?”. A consistência interna global apresenta um valor de 0,69, perto do razoável.

Quadro 3: Consistência interna da escala de qualidade vida (WHOQOL-OLD)

Itens	M	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item
1. Até que ponto as perdas dos seus sentidos afetam a sua vida diária?	1,77	1,14	,491	,887	,659
2. Até que ponto a perda de sentidos afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1,83	1,14	,458	,855	,662
3. Quanta liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?	3,13	1,25	,179	,440	,687
4. Até que ponto sente que controla o seu futuro?	1,96	1,14	,237	,382	,681
5. Em que medida sente que as pessoas que o rodeiam respeitam a sua liberdade?	3,62	1,26	-,039	,459	,707
6. Até que ponto está preocupado com a forma como irá morrer?	2,29	1,57	-,052	,869	,716
7. Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	2,39	1,62	-,119	,882	,725
8. Até que ponto tem medo de morrer?	2,17	1,47	-,159	,825	,724
9. Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?	1,98	1,42	-,101	,739	,717
10. Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos afetam a capacidade de interagir com os outros?	1,79	1,13	,450	,739	,663
11. Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	3,62	1,30	,022	,434	,702
12. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?	2,87	,94	,525	,629	,661
13. Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?	2,80	1,02	,326	,650	,675
14. Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido?	2,82	1,06	,419	,566	,667
15. Até que ponto está satisfeito com aquilo que alcançou na vida?	2,88	1,01	,327	,570	,675
16. Até que ponto está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?	2,56	1,05	,555	,677	,655
17. Até que ponto está satisfeito com o seu nível de atividade?	2,46	1,03	,474	,701	,663
18. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?	2,48	1,13	,524	,702	,656
19. Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente?	2,42	1,03	,531	,553	,658
20. Como avalia os seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato)?	2,64	1,12	,493	,540	,659
21. Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?	1,65	,76	,321	,565	,678
22. Até que ponto sente amor na sua vida?	1,58	,79	,365	,656	,675
23. Até que ponto tem oportunidade para amar?	1,58	,77	,355	,693	,676
24. Até que ponto tem oportunidade para ser amado?	1,57	,88	,239	,611	,682
Alpha Cronbach global = ,690					

Tendo em consideração as subescalas da escala em estudo, também foi realizada uma análise da fiabilidade mediante os valores de validade e precisão, apresentados no Quadro 4.

Neste sentido, no que concerne à subescala *funcionamento sensório*, os valores de *alpha* variam entre $\alpha=0,759$ e $\alpha=0,931$, sendo considerados entre razoáveis e muito bons. No que diz respeito aos valores médios conclui-se que apenas o item 20 se encontra bem centrado (2,64). Quanto aos coeficientes de correlação item total corrigido pode-se inferir que o item 20 “*como avalia os seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato)?*” é aquele que apresenta um valor correlacional baixo e portanto pouco homogêneo. O *alpha* global encontra-se no intervalo considerado bom ($\alpha=0,862$).

Na subescala *autonomia* os valores de *alpha* variam entre $\alpha=0,278$ para o item 5 e $\alpha=0,418$ para o item 4, sendo desta forma considerados valores de consistência muito fracos. Tendo em conta os valores médios é possível verificar-se que se encontram bem centrados, à exceção do item 4 “*até que ponto sente que controla o seu futuro?*” que apresenta o índice médio mais baixo (1,96). Quanto à consistência interna global verifica-se que esta subescala apresenta um valor extremamente baixo, sendo considerado desta forma muito fraco ($\alpha=0,435$).

No que se refere à subescala *atividades passadas, presentes e futuras* constata-se que os índices médios estão bem centrados uma vez que se situam acima do valor médio. As correlações item total corrigido também nesta subescala variam entre ($r=0,231$) e ($r=0,481$) pelo que são consideradas baixas e moderadas, respetivamente. Por fim, resultados indicam que os itens apresentam valores de *alpha* que oscilam entre fracos e moderados, ou seja, entre $\alpha=0,670$ e $\alpha=0,769$. O *alpha* global também se encontra no intervalo considerado moderado ($\alpha=0,77$).

Relativamente à subescala *participação social* os valores de *alpha* oscilam entre $\alpha=0,719$ para o item 17 e $\alpha=0,864$ para o item 14, indicando uma consistência interna razoável e boa, respetivamente. No que concerne às estatísticas, a maioria dos itens apresentam-se bem centrados. As correlações item total corrigido são moderadas excluindo o item 14 que apresenta um valor correlacional muito baixo ($r=0,187$). O *alpha* global é considerado bom ($\alpha=0,81$).

Quanto à subescala *morte e morrer* verifica-se que é a subescala que apresenta melhores resultados quer ao nível das correlações item total corrigido, quer ao nível do *alpha* de Cronbach, variando assim os resultados entre as classificações moderadas e

boas. Por seu turno, os índices médios encontram-se para todos os itens abaixo do valor médio, oscilando os mesmos entre 1,98 e 2,39. No que concerne ao *alpha* global, o valor encontrado é considerado muito bom ($\alpha=0,93$).

Por fim, a subescala intimidade apresenta para todos os itens estatísticas abaixo do índice médio, variando entre 1,57 e 1,65. As correlações de item total corrigido oscilam entre $r=0,450$ e $r=0,586$ sendo portanto considerados valores correlacionais moderados. Os valores de *alpha* são razoáveis para todos os itens, variando entre $\alpha=0,761$ para o item 23 e $\alpha=0,802$ para o indicador 24. Quanto ao valor do *alpha* global constata-se que este é considerado bom ($\alpha=0,82$) (Quadro 4).

Quadro 4: Consistência interna das subescalas referentes à escala da qualidade de vida

Subescalas	M	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item	Alpha global
FUNCIONAMENTO DO SENSORIO (FS)						
1. Até que ponto as perdas dos seus sentidos afetam a sua vida diária?	1,77	1,144	,861	,846	,759	,862
2. Até que ponto a perda de sentidos afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1,83	1,149	,827	,806	,774	
10. Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos afetam a capacidade de interagir com os outros?	1,79	1,131	,764	,660	,802	
20. Como avalia os seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato)?	2,64	1,126	,426	,182	,931	
AUTONOMIA (AUT)						
3. Quanta liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?	3,13	1,259	,243	,113	,365	,435
4. Até que ponto sente que controla o seu futuro?	1,96	1,145	,186	,066	,418	
5. Em que medida sente que as pessoas que o rodeiam respeitam a sua liberdade?	3,62	1,260	,325	,157	,278	
11. Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	3,62	1,307	,220	,115	,390	
ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTE E FUTURAS (PPF)						
12. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?	2,87	,941	,672	,481	,670	,773
13. Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?	2,80	1,027	,611	,432	,698	
15. Até que ponto está satisfeito com aquilo que alcançou na vida?	2,88	1,011	,551	,309	,730	
19. Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente?	2,52	1,032	,477	,231	,769	
PARTICIPAÇÃO SOCIAL (PSO)						
14. Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido?	2,82	1,066	,428	,187	,864	,819
16. Até que ponto está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?	2,56	1,057	,697	,513	,746	
17. Até que ponto está satisfeito com o seu nível de atividade?	2,56	1,035	,757	,637	,719	
18. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?	2,58	1,135	,705	,577	,741	
MORTE E MORRER (MEM)						
6. Até que ponto está preocupado com a forma como irá morrer?	2,29	1,572	,889	,830	,899	,934
7. Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	2,39	1,628	,862	,825	,909	
8. Até que ponto tem medo de morrer?	2,17	1,479	,877	,776	,904	
9. Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?	1,98	1,423	,759	,638	,941	
INTIMIDADE (INT)						
21. Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?	1,65	,768	,626	,462	,791	,825
22. Até que ponto sente amor na sua vida?	1,58	,795	,682	,586	,766	
23. Até que ponto tem oportunidade para amar?	1,58	,779	,693	,580	,761	
24. Até que ponto tem oportunidade para ser amado?	1,57	,882	,610	,450	,802	

6.1.2 Análise das Hipóteses

6.1.2.1 Qualidade de vida vs idade e género (hipótese 1)

A hipótese de investigação 1 – *existem diferenças significativas entre a qualidade, a idade e o género dos utentes das Instituições* - foi analisada com recurso a técnicas paramétricas mais apropriadas para mais de duas amostras independentes (ANOVA), uma vez que as variáveis em estudo apresentarem homogeneidade de variância ($p > 0,05$).

Face ao exposto, e tendo em conta a variável independente “*idade*”, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e as subescalas em estudo, nomeadamente FS ($p = 0,361$; $p > 0,05$), AUT ($p = 0,826$; $p > 0,05$), PPF ($p = 0,653$; $p > 0,05$), PSO ($p = 0,979$; $p > 0,05$), MEM ($p = 0,599$; $p > 0,05$), INT ($p = 0,301$; $p > 0,05$) e escala total ($p = 0,890$; $p > 0,05$) (Tabela 16).

Tabela 16: Médias, desvio padrão, teste de Levene e ANOVA da qualidade de vida em função da idade

Subescala	Idade	n	Média	DP	Homogeneidade		ANOVA	
					Levene	p	F	p
FS	65-74 anos	10	9,8	3,52	,023	,978	1,032	,361
	75-84 anos	27	7,8	4,01				
	>84 anos	41	7,8	3,98				
AUT	65-74 anos	10	12,3	2,35	,314	,731	,191	,826
	75-84 anos	27	12,6	3,62				
	>84 anos	41	12,1	2,86				
PPF	65-74 anos	10	10,8	3,08	,789	,458	,428	,653
	75-84 anos	27	10,6	2,63				
	>84 anos	41	11,3	3,32				
PSO	65-74 anos	10	10,1	3,28	,467	,629	,021	,979
	75-84 anos	27	10,1	3,16				
	>84 anos	41	10,3	3,73				
MEM	65-74 anos	10	7,3	4,94	1,002	,372	,516	,599
	75-84 anos	27	9,4	6,10				
	>84 anos	41	8,8	5,40				
INT	65-74 anos	10	5,4	2,31	,666	,517	1,220	,301
	75-84 anos	27	6,3	2,00				
	>84 anos	41	6,8	3,07				
TOTAL	65-74 anos	10	55,7	8,31	,613	,544	,116	,890
	75-84 anos	27	57,1	8,58				
	>84 anos	41	57,4	11,29				

Ainda de acordo com a hipótese de investigação 1, as linhas que se seguem dizem respeito à análise da qualidade de vida em função do género. Tal como para a idade, também para o género se utilizou um teste paramétrico mais adequado para duas

amostras independentes (*t-test*) uma vez que também as variáveis em estudo apresentaram homogeneidade de variância ($p>0,05$).

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida em função do género ($p>0,05$), pelo que esta variável parece não influenciar a qualidade de vida destes idosos institucionalizados (Tabela 17).

Em suma, considerando que não existem diferenças entre a qualidade de vida e as variáveis independentes (idade e género) rejeita-se a hipótese de investigação.

Tabela 17: Médias, desvio padrão, teste de Levene e *t-test* da qualidade de vida em função do género

Subescala	Género	n	Média	DP	Homogeneidade		<i>t-test</i>	
					Levene	p	t	p
FS	Feminino	53	7,8	3,80	,305	,582	-,523	,602
	Masculino	31	8,3	3,91				
AUT	Feminino	53	12,0	2,98	,020	,889	-1,020	,311
	Masculino	31	12,7	3,10				
PPF	Feminino	53	11,2	2,96	,013	,910	,941	,349
	Masculino	31	10,5	3,31				
PSO	Feminino	53	10,6	3,41	,011	,916	1,111	,270
	Masculino	31	9,7	3,51				
MEM	Feminino	53	8,7	5,57	,058	,810	-,062	,951
	Masculino	31	8,8	5,69				
INT	Feminino	53	6,6	2,77	,118	,732	,966	,337
	Masculino	31	6,0	2,31				
TOTAL	Feminino	53	57,1	10,43	1,232	,270	,392	,696
	Masculino	31	56,3	8,49				

6.1.2.2 Satisfação com a vida vs idade e género (hipótese 2)

Considerando a hipótese de investigação 2 – *existem diferenças significativas entre a satisfação com a vida, a idade e o género dos utentes da Instituição* - recorreu-se uma vez mais a testes paramétricos adequados para as variáveis em estudo.

Neste sentido, para a variável independente idade utilizou-se o ANOVA e de acordo com a leitura e análise dos resultados da Tabela 18 é possível verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da satisfação com a vida ($p=0,856$; $p>0,05$), pelo que a idade parece não influenciar esta faceta do bem-estar subjetivo. Não obstante, apesar de não apresentarem diferenças significativas, a análise das médias obtidas permite verificar que o grupo com mais de 84 anos é aquele que apresenta uma maior satisfação com a vida ($M=14,2$) (Tabela 18).

Tabela 18: Médias, desvio padrão, teste de *Levene* e ANOVA da satisfação com a vida em função da idade

Escala	Idade	n	Média	DP	Homogeneidade		ANOVA	
					Levene	p	F	p
SWLS	65-74 anos	10	13,4	4,67	,604	,549	,155	,856
	75-84 anos	27	13,8	4,62				
	>84 anos	41	14,2	5,23				

Analisando os resultados referentes à variável independente “gênero” conclui-se que também estes não se revelam estatisticamente significativos ($p=0,870$; $p>0,05$), pelo que esta variável parece não influenciar esta faceta do bem-estar subjetivo. Contudo, pode-se verificar que mesmo não significativos as médias obtidas revelam que são as mulheres as que se mostram ligeiramente mais satisfeitas com a vida ($M=13,7$) (Tabela 19).

Em suma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas rejeita-se a hipótese de investigação 2.

Tabela 19: Médias, desvio padrão, teste de *Levene* e *t-test* da satisfação com a vida em função da género

Escala	Género	n	Média	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
SWLS	Feminino	53	13,7	4,77	,543	,463	,165	,870
	Masculino	31	13,5	5,45				

6.1.2.3 PANAS vs idade e género (hipótese 3)

Com o intuito de verificar se existem, ou não, diferenças estatisticamente significativas entre os afetos positivos e negativos em função da idade e género realizaram-se estatísticas recorrendo-se a testes paramétricos.

No que concerne à variável idade verifica-se que, quer para os afetos positivos (PA) quer para os afetos negativos (NA) não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), pelo que a idade parece não influenciar este fator do bem-estar subjetivo. Porém, numa análise mais detalhada, e mesmo os resultados não se revelarem significativos pode-se acrescentar que para os afetos positivos são os sujeitos da faixa etária superior a 84 anos aqueles que mais pontuam ($M=8,78$). Por outro lado, no que diz

respeito aos afetos negativos, observa-se o inverso, ou seja, apesar de não se revelarem valores significativos ao nível das diferenças observa-se que são os sujeitos com idade compreendidas entre os 65 e os 74 os que apresentam mais afetos negativos ($M=10,99$) (Tabela 20).

Tabela 20: Médias, desvio padrão, teste de Levene e ANOVA do PANAS em função da idade

Subescala	Idade	n	Média	DP	Homogeneidade		ANOVA	
					Levene	p	F	p
PA	65-74 anos	10	27,7	8,09	1,772	,177	1,258	,290
	75-84 anos	27	29,3	6,07				
	>84 anos	41	31,5	8,78				
NA	65-74 anos	10	31,7	10,99	1,181	,313	,379	,686
	75-84 anos	27	34,5	7,62				
	>84 anos	41	33,0	9,97				

Para a variável independente “*género*” utilizou-se o *t-test*. Os resultados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os afetos positivos e os afetos negativos em função do género ($p>0,05$), pelo que este parece não influenciar este aspeto do bem-estar subjetivo. Não obstante, pode-se analisar de forma detalhada os resultados e apesar de não se evidenciarem diferenças significativas constata-se que o género feminino apresenta mais afetos positivos ($M=30,6$) e o género masculino mais afetos negativos ($M=34,3$) (Tabela 21).

Tabela 21: Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test do PANAS em função da género

Subescala	Género	n	Média	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
PA	Feminino	53	30,6	6,89	4,349	,152	,741	,461
	Masculino	31	29,2	9,70				
NA	Feminino	53	33,1	10,42	11,506	,124	-,583	,561
	Masculino	31	34,3	6,44				

6.1.2.4 Relação entre qualidade de vida e satisfação com a vida (hipótese 4)

A presente hipótese de investigação pretende encontrar correlações estatisticamente significativas entre os vários domínios da qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados. Neste sentido, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (paramétrico) uma vez que as variáveis se mostraram homogêneas.

De acordo com os resultados evidenciados na Tabela 22 verifica-se a existência de diversas correlações positivas significativas e uma correlação negativa significativa. Desta forma pode-se concluir que quanto maior é o funcionamento sensório ($r=0,220$; $p<0,05$), a autonomia ($r=0,285$; $p<0,01$), as atividades passadas, presente e futuras ($r=0,667$; $p<0,01$), participação social ($r=0,567$; $p<0,01$) e a intimidade ($r=0,323$; $p<0,01$) maior é a satisfação com a vida.

Por outro lado, verifica-se que os idosos têm muitas inquietações e preocupações sobre a morte e o morrer pelo que tal facto diminui a satisfação com a vida ($r=-0,372$; $p<0,01$). Contudo, no geral, verifica-se que a quanto maior é a qualidade de vida maior é a satisfação com a mesma ($r=0,463$; $p<0,01$).

Em suma, aceita-se a hipótese de investigação 4 visto todas as facetas da qualidade de vida se relacionarem com a escala de satisfação com a vida.

Tabela 22: Correlação de *Pearson* entre a qualidade de vida (WHOQOL) e satisfação com a vida (SWLS)

		FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	TOTAL
SWLS	Correlação de <i>Pearson</i>	,220*	,285**	,667**	,567**	-,372**	,323**	,463**
	<i>p</i>	,044	,009	,000	,000	,000	,003	,000

**Correlação é significativa ao nível de 0.01

*Correlação é significativa ao nível de 0.05

6.1.2.5 Relação entre qualidade de vida e os afetos positivos e negativos (hipótese 5)

A hipótese de investigação 5 pretende averiguar a existência de relações entre a qualidade de vida e os afetos positivos e negativos. Para se testar esta hipótese recorreu-se ao coeficiente de correlação *Pearson* (paramétrico) por ser o mais adequado tendo em conta as variáveis em estudo.

De acordo com a leitura e análise da Tabela 23 verifica-se a existência de algumas correlações, quer positivas quer negativas, significativas. Desta forma pode-se inferir que o aumento dos afetos positivos se encontra relacionados com o aumento da satisfação sobre as conquistas na vida e coisas que se anseiam ($r=0,491$; $p<0,01$), da participação em atividades do quotidiano ($r=0,396$; $p<0,01$) e com o aumento da capacidade para se ter relações pessoais e íntimas ($r=0,289$; $p<0,01$). Ainda de acordo com os PA observa-se que as inquietações e os temores dos idosos relativamente à morte se refletem numa diminuição dos afetos positivo ($r=-0,292$; $p>0,01$).

Quanto aos afetos negativos estes relacionam-se de forma negativa com as atividades passadas, presentes e futuras ($r=-0,347$; $p>0,01$), com a participação social ($r=-0,376$; $p>0,01$) e com a qualidade de vida em geral ($r=-0,251$; $p>0,05$). Ou seja, quando aumentam os afetos negativos dos sujeitos estas facetas da qualidade de vida diminuem, isto é, diminui a satisfação na participação social, em realizar e lembrar atividades, bem como na qualidade de vida em geral (Tabela 23).

Em suma aceita-se parcialmente a hipótese de investigação 5 no sentido em que só existem diferenças nos domínios PPF, PSO, MEM, INT e escala total.

Tabela 23: Correlação de *Pearson* entre a qualidade de vida (WHOQOL) e PANAS

		FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	TOTAL
PA	<i>Correlação de Pearson</i>	,080	,153	,491**	,396**	-,292**	,289**	,287**
	<i>p</i>	,469	,165	,000	,000	,007	,008	,008
NA	<i>Correlação de Pearson</i>	-,204	-,022	-,347**	-,376**	,212	-,153	-,251*
	<i>p</i>	,063	,839	,001	,000	,053	,165	,021

**Correlação é significativa ao nível de 0.01

*Correlação é significativa ao nível de 0.05

6.1.2.6 Relação entre satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos (hipótese 6)

Por fim, a hipótese de investigação 6 pretende averiguar se existe uma relação entre a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos. Utilizou-se uma vez mais o coeficiente de correlação paramétrico – *Pearson*.

Os resultados evidenciados na Tabela 24 revelam que quanto maior é a satisfação com a vida maiores são os afetos positivos ($r=0,422$; $p<0,01$). Quanto aos afetos negativos, os resultados vão no sentido inverso, ou seja, uma menor satisfação com a vida prediz um maior nível de afetos negativos ($r=-0,237$; $p<0,05$).

Face ao exposto aceita-se a hipótese de investigação 6, uma vez que a satisfação com a vida se relaciona com os afetos, quer sejam positivos quer sejam negativos.

Tabela 24: Correlação de *Pearson* entre a satisfação com a vida (SWLS) e PANAS

SWLS	<i>Correlação de Pearson</i>	PA	NA
		,422**	-,237*
	<i>p</i>	,000	,030

**Correlação é significativa ao nível de 0.01

*Correlação é significativa ao nível de 0.05

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo irão ser realizadas algumas reflexões tendo sempre em conta o quadro conceptual em que se apoiou o mesmo, bem como os resultados apresentados na análise realizada anteriormente.

Embora o estudo seja de natureza não experimental considera-se que conseguiu proporcionar dados sobre os quais pesam a importância de serem alvo de uma ponderação. Deste modo, relembra-se que, com esta investigação, se pretende conhecer os níveis de qualidade de vida, de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos existentes nos idosos institucionalizados e perceber se existe alguma relação entre os níveis de qualidade de vida, de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos nos idosos institucionalizados. Sublinha-se que, tendo em consideração as linhas matrizes da metodologia seguida, os resultados obtidos dizem respeito apenas à presente amostra, não sendo desejo do investigador generalizar a outros contextos. Não obstante, assume-se que o estudo contém informação que pode ser considerada pertinente para a reflexão sobre a temática em estudo. Neste sentido, inicia-se a discussão dos resultados com uma descrição sucinta das características dos sujeitos em estudo. Assim, a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino com idades superiores a 84 anos. Verifica-se que a maioria da amostra é viúva e viviam, antes da institucionalização, num meio predominantemente rural.

Tais resultados vão ao encontro de vários estudos sobre a temática da velhice, ou seja, no que concerne à variável género verifica-se, mediante os estudos quer nacionais quer internacionais, que apontam nesse sentido, que o envelhecimento da população obedece a determinadas características, nomeadamente a feminização da velhice. Tal facto decorre da maior longevidade do sexo feminino e de acordo com as estimativas referentes a 2005 (INE, 2006), a esperança de vida à nascença das mulheres era de 81,40 anos, enquanto nos homens era de 74,90 anos. Neste sentido, não constituiu nenhuma surpresa na predominância de pessoas idosas do sexo feminino (63,1%). Vários outros estudos apresentam resultados similares, apesar de a percentagem de pessoas idosas do sexo feminino institucionalizadas poder variar (Martins, 2004; Cordeiro, 2000; Born & Boechat, 2006). A par destas justificações também se pode acrescentar que em 2001, aquando do recenseamento da população portuguesa, verificou-se uma predominância das mulheres comparativamente aos homens, sendo que os fatores que

contribuem para esta tendência estão relacionados também com os efeitos migratórios do género masculino (INE, 2001).

No que concerne à idade, de acordo com o Eurostat (cit in MTSS, 2006), em Portugal prevê-se uma percentagem de 10,2% da população total com idade superior a 80 anos, corroborando o teorizado por Giddens (2004) que considera este processo como o “*envelhecimento dos idosos*”. Considerando que a maioria da presente amostra, cerca de 50%, apresenta uma idade superior a 84 anos, estando na categoria de “velhos-velhos” e se se tiver em conta a soma das percentagens dos dois últimos grupos etários, constata-se que os idosos com idade superior a 75 anos representam 80,9% das pessoas institucionalizadas, encontrando-se estes dados de acordo com aqueles apresentados pelo Instituto de Segurança social (2005), quando refere que 72% das pessoas idosas institucionalizadas têm 75 anos ou mais. O estudo de Martins (2004) apresenta resultados idênticos, revelando que as pessoas idosas institucionalizadas com idade superior a 75 anos representam 65,9%. Outro estudo, de Borns e Boechat (2006) também revelam que esta faixa etária atinge os quatro quintos da população idosa.

Quanto ao estado civil, de forma idêntica a muitos outros estudos dentro desta temática, 52,4% dos idosos são viúvos e de acordo com Paúl (2005), Levenson (2001) e Wilmoth esta é uma das causas para a institucionalização. Este dado corrobora ainda o estudo de Martins (2004), no qual 62,3% dos idosos também são viúvos e de Rosa (1996) a qual salienta que o processo de envelhecimento também está relacionado com as alterações do estado civil. Assim, ao aumentar o número de pessoas com idades avançadas, maior é o risco de enviuvarem.

Ainda tendo em conta as variáveis sociodemográficas, apesar de se esperar baixos níveis de escolaridade, uma vez que Machado (2003) refere que a sociedade portuguesa apresenta altos níveis de analfabetismo, verifica-se que mais de metade da amostra afirma que sabe ler e escrever e que andou na escola. Quanto à profissão que exerciam antes de se reformarem, os resultados evidenciam que cerca de 30% dos indivíduos eram agricultores. No que diz respeito ao agregado familiar, este na maioria é composto pelo próprio em conjunto com os filhos, noras e/ou genros.

Antes da institucionalização cerca de 60% dos idosos habitavam com o conjugue. A maioria dos utentes estão institucionalizados há pelo menos 3 anos (35,7%) e essa institucionalização deveu-se a motivos relacionados com o estado de saúde (27,4%). Analisando numerosos investigadores verifica-se que esta é a causa principal

para a institucionalização (Wilmoth, 2002; Levenson, 2001; Paúl, 2005). Como é de senso comum, a institucionalização apresenta-se como a última alternativa para as pessoas idosas. A falta de alternativas de apoio social, bem como as questões relacionadas com a saúde não deixam muitas alternativas e tornam muitas vezes inevitável o recurso a esta medida. Não obstante, os resultados da presente pesquisa revelam que 61,9% dos idosos optaram por ir para a Instituição por vontade própria, seguindo-se a iniciativa por terceiros. Estes dados corroboram os resultados obtidos por Martins (2004) que encontrou uma percentagem de 64,1% dos idosos que foram para a Instituição por iniciativa própria.

Os resultados indicam ainda que 81% dos utentes manifestam gosto em estar na Instituição uma vez que consideram que na mesma os ajudam com os cuidados de saúde. Estes dados, permitem refletir sobre a existência de uma visão social diferente sobre as instituições, deixando de lado as conotações negativas e olhando-se para as mesmas como uma alternativa residencial vantajosa para o idoso. As instituições apresentam a vantagem de poderem monitorizar o estado de saúde, a prestação de cuidados imediatos, a assistência nas atividades de vida diária, um maior controlo do risco de imobilidade e segurança e funcionam também como um excelente suporte social. Contrariando estes resultados, surgem os de Martins (2004) que apontam o isolamento como um dos motivos para a institucionalização.

Quanto aos serviços prestados pela Instituição, verifica-se que 88,1% dos utentes está satisfeita com os mesmos. No que concerne ao acolhimento prestado pela Instituição também se verifica que os sujeitos, na sua maioria (88,1%), estão satisfeitos com o mesmo.

Relativamente às relações com funcionários, colegas residentes e familiares as opiniões foram bastante positivas, sendo consideradas na generalidade como boas e muito boas. No que concerne às relações com a família, os idosos mencionam que não se sentem abandonados pela família desde que entraram para a Instituição e que mantem uma boa relação com a mesma. Sublinha-se, no que se refere às relações familiares que Bernardino (2005) é de opinião de que pelo facto da pessoa idosa estar institucionalizada, os laços familiares e a respetiva qualidade relacional podem fortalecer-se, em virtude da situação de ter de “cuidar dessa pessoa” estar resolvida.

Respeitante à frequência das visitas da família aos utentes é possível constatar-se, de acordo com os resultados obtidos, que a maioria visita os idosos apenas ao fim de

semana, o que pode ser explicado pela opinião de alguns autores que mencionam que por mais que a instituição possua uma excelente qualidade, existirá sempre um afastamento entre a pessoa idosa, família e amigos (Born & Boechat, 2006).

Tendo em conta o tipo de dependência dos utentes é possível observar-se, mediante os resultados obtidos, que 34,5% é parcialmente dependente e atualmente cerca de 90% tem algum tipo de doença. A este respeito Paúl (1997) afirma que a população de idosos institucionalizados encontra-se em risco de dependência, perda de controlo e desânimo. Não obstante, segundo Dias (2007), apesar de existirem situações de dependência não significa que as pessoas não consigam ter liberdade de escolha, mesmo que tenham limitação na liberdade de ação. Neste sentido, a autonomia relaciona-se com atitudes e capacidades para realizar escolhas, tomar decisões e planejar a vida, pelo que pode haver autonomia em relação às atividades não instrumentais da vida diária (ex: alimentação) e dependência em relação às atividades instrumentais (ex: ir às compras ou preparar refeições).

No que diz respeito aos tempos livres, a maioria dos utentes ocupam os mesmos vendo televisão (50%), lendo (11,9%) ou dedicando-se ao culto. Tais resultados corroboram o que nos indica Dias (2010) que tanto homens como mulheres costumam praticar atividades que exigem pouco esforço físico como ler ou ver televisão. Em contrapartida, passatempos como fazer tricot, jogar às cartas ou fazer horticultura são as opções menos referidas na presente amostra, tal como no estudo realizado por Martins (2010).

No que consta da análise do bem-estar subjetivo, verifica-se que os idosos, considerando a variável satisfação com a vida, pontuam um índice médio de 14 pontos, aproximando-se este valor sensivelmente do meio da escala, pelo que se pode inferir que estes idosos se mostram razoavelmente satisfeitos com a vida, indo ao encontro dos estudos de Smith e colaboradores (1999), Baltes e Mayer (1999), Myers (2000) e Simão (2001). Estes resultados são indicativos de um bem-estar subjetivo cognitivo positivo, sublinhando-se que a satisfação com a vida está intimamente ligada com o envelhecimento bem-sucedido. Em relação à afetividade positiva (PA) e afetividade negativa (NA) apresentam também valores médios próximos do meio da escala, sendo que a afetividade negativa é a apresenta maior expressão (33,55). Conclui-se desta forma que os resultados apontam para um bem-estar subjetivo emocional ligeiramente negativo, uma vez que a NA se encontra acima do ponto médio, e superior ao PA.

Relativamente à qualidade de vida e segundo Ribeiro (1994), este paradigma possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente considerado no sistema a de cuidado de saúde, pelo facto de ser um conceito multifatorial e uma medida de percepção pessoal, logo subjetiva. Na análise desta componente conclui-se que 92% dos idosos inquiridos referem não incluir-se no grupo com qualidade de vida uma vez que o resultado médio obtido (56,86) se encontra abaixo do índice médio da escala. Estes resultados corroboram aqueles encontrados por Martins (2004), em que os valores percentuais atingidos são de 85,2%. Tendo em conta as facetas avaliadas pela escala, verifica-se que os idosos pontuam ligeiramente abaixo do índice médio possível nas subescalas FS (8,03), MEM (8,82) e IT (6,39) pelo que se pode concluir que o impacto da perda das habilidades sensoriais, bem como as dificuldades em fazer e manter relações pessoais e íntimas está a afetar a sua qualidade de vida. Os valores obtidos na faceta *morte e morrer* (MEM) indicam ainda que as preocupações e inquietações sobre o tema também estão a afetar a qualidade de vida dos sujeitos. As restantes subescalas apresentam pontuações aproximadamente perto do índice médio, pelo que não se revelam preocupantes.

Nas linhas que se seguem irão ser analisadas e discutidas as hipóteses levantadas no projeto de investigação seguindo-se a ordem no qual elas foram apresentadas ao longo do trabalho.

A primeira hipótese de investigação pretendeu avaliar a existência de diferenças significativas entre a qualidade de vida em função do género e da idade dos idosos inquiridos. Os resultados revelam que a hipótese não pode ser confirmada uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas, quer em função do género, quer em função da idade.

Considerando o índice de qualidade de vida em função do sexo, estes resultados não se encontram em consonância com aqueles encontrados por Martins (2004) e Paschoal (2006) que apontam para o facto de as mulheres tenderem a possuir uma pior qualidade de vida, por serem mais velhas, mais doentes, mais pobre e isoladas. No que diz respeito à qualidade de vida e o grupo etário, apesar de não existirem diferenças significativas verifica-se que na presente amostra à medida que a idade avança melhora a qualidade de vida, contrariando assim a teoria que mostra que com o avançar da idade, existe maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das atividades do dia-a-dia, mais isolamento e solidão (Martins 2004).

Reportando à hipótese de investigação 2, que pretendeu averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida, em função do género e da idade verifica-se que, tal como na hipótese anterior, não é possível ser confirmada uma vez que não se verificaram diferenças significativas. Contrariamente ao presente estudo, Martins (2004) concluiu que o facto de os idosos serem do género feminino e terem menor idade eram fatores que influenciavam positivamente a qualidade de vida dos idosos e consequentemente contribuía para a existência de indivíduos satisfeitos com a vida.

A hipótese de investigação 3 pretende avaliar se os afetos positivos e negativos variam em função do género e da idade. Uma vez mais os resultados revelaram-se não significativos, pelo que estas variáveis sociodemográficas não influenciam o desenvolvimento quer de afetos positivos quer de afetos negativos em maior nível, rejeitando-se assim a hipótese em estudo. Tais resultados contrariam os encontrados por Mroczek e Kolarz (1998), que encontraram uma relação entre a idade e o afeto negativo. O mesmo se processa com o género, ou seja, os presentes resultados contrariam os encontrados pelos autores citados, uma vez que aqueles revelam que os homens apresentam menos afeto negativo quando comparados com as mulheres.

As hipóteses 4, 5 e 6 pretendem analisar se as componentes de qualidade de vida, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa se relacionam, conclui-se que todas as hipóteses em questão são passíveis de serem aceites visto que as componentes se relacionam. De forma detalhada, verifica-se que a qualidade de vida se relaciona de forma positiva e significativamente com a satisfação com a vida, podendo-se inferir que quanto maior é a qualidade de vida maior é a satisfação com a vida. No que concerne à hipótese 5 verifica-se que o aumento dos afetos positivos se encontra relacionados com o aumento da satisfação sobre as conquistas na vida e coisas que se anseiam, da participação em atividades do quotidiano e com o aumento da capacidade para se ter relações pessoais e íntimas. Observa-se ainda que as inquietações e os temores dos idosos relativamente à morte se refletem numa diminuição dos afetos positivos. Por último, no que diz respeito à existência de correlações entre a satisfação com a vida e a afetividade conclui-se que quanto maior é a satisfação com a vida maior é o desenvolvimento dos afetos positivos. Quanto aos afetos negativos, os resultados vão no sentido inverso, ou seja, uma menor satisfação com a vida prediz um maior nível de afetos negativos.

CONCLUSÃO

Nestas linhas finais, deste longo trabalho, pretende-se apresentar uma súmula dos resultados obtidos e que dão resposta às questões e objetivos levantados. Como é de conhecimento comum, o aumento do envelhecimento populacional aumenta também as necessidades na prestação de serviços, pesquisas e políticas públicas. Neste sentido, a institucionalização dos idosos é muito mais do que aquilo que se pode estar à espera. Os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos que estão impossibilitados de viver sozinhos e com qualidade de vida. No entanto, pode-se considerar que trazem consigo riscos para o idoso, podendo causar regressão e desintegração social, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas e ausência de estimulação intelectual. Tudo isto pode levar à perda de amor-próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior (Fernandes, 2002). A instituição é, na maioria dos casos, a última casa onde se vai viver, e o facto de se viver em permanente contacto com a alheia e a sua própria vulnerabilidade, deterioração, dependência e até mesmo a morte, leva a que o idoso tenha tendência a deprimir-se e a desinteressar-se de viver (White & Janson, 1986).

Neste sentido, a preocupação maior de todas as disciplinas que se dedicam ao estudo do envelhecimento é com a qualidade de vida individual e grupal. Todos os esforços despendidos na compreensão do processo do envelhecimento têm um objetivo comum: permitir ou possibilitar uma boa qualidade de vida na velhice. E isto torna-se cada vez mais urgente diante o aumento populacional de idosos no mundo todo. Ajudar os seres humanos a terem uma melhor qualidade de vida, a serem felizes, significa, entre outras coisas, repensar ou avaliar a atuação de profissionais/instituições/programas que atuam junto a diferentes faixas etárias. De evidenciar que alguma da literatura existente no campo da gerontologia, tem abordado o conceito de envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento positivo e qualidade da velhice sob a perspectiva de satisfação com a vida e de estado de ânimo, tendo sempre presente que satisfação com a vida não representa só qualidade de vida, constituindo igualmente uma dimensão chave nas avaliações do estado de saúde na velhice.

Face ao exposto, algumas são as conclusões que se retiram deste estudo e pensa-se que os objetivos inicialmente propostos para a realização deste trabalho foram atingidos de forma satisfatória, pois considera-se que estes dados são pertinentes para uma

maior compreensão do bem-estar subjetivo dos idosos, bem como para uma melhor compreensão da realidade da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Neste momento, o maior desafio é desenvolver uma síntese final do percurso desta investigação, desta forma, tendo em consideração os objetivos inicialmente delineados foram retiradas as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente feminina, com idades superiores a 84, são predominantemente viúvas e residem num meio rural. São pessoas letradas e encontram-se na reforma. Antes de serem institucionalizadas viviam com os seus conjugues.
- Tendo em conta as questões relativas ao “internamento” verifica-se que os sujeitos estão institucionalizados há pelo menos 3 anos e tal institucionalização deveu-se ao estado de saúde. A maioria optou pela Instituição por iniciativa própria.
- Relativamente às vivências no lar, a maioria considera que gostam de estar no mesmo, consideram que a Instituição se preocupa consigo e têm uma boa relação quer com os restantes utentes quer com os funcionários. A grande maioria também afirma que estão satisfeitos com as instalações e os serviços da instituição.
- Os inquiridos são na sua maioria parcialmente dependentes e a quase a totalidade da amostra tem uma doença.
- As atividades de lazer que mais indicam fazer remetem para ver televisão, ler ou dedicarem-se ao culto.
- Quanto ao apoio prestado pela família, esta visita os idosos ao fim de semana e os mesmos não se sentem abandonados pelo núcleo familiar.
- Os sujeitos apresentam uma satisfação com a vida dentro do esperado. Não obstante, revelam uma maior afetividade negativa quando comparada com a positiva. Também se verifica que os sujeitos da presente amostra, mencionam que não revelam uma qualidade de vida dentro da média.
- No que concerne às hipóteses levantadas, a qualidade de vida, a satisfação com a vida e a afetividade positiva e negativa não variam em função das variáveis sociodemográficas género e idade. No entanto, as variáveis centrais relacionam-se entre si, concluindo-se que quanto maior a qualidade de vida maior a satisfa-

ção com a vida. Quanto maior a satisfação e a qualidade de vida maior os afetos positivos.

Envelhecer bem é uma condição a ser alcançada, porém a pessoa tem de manter um baixo risco de doença, manter um funcionamento físico e mental elevado e manter um compromisso ativo com a vida. É importante que se dê prioridade ao envelhecimento ativo nas suas várias dimensões (social, saúde, trabalho, habitação, cultura, lazer), e ao combate à pobreza e exclusão social das pessoas idosas. É importante que as pessoas idosas tenham uma participação ativa na sociedade, que se reconheça a sua heterogeneidade, mobilizando medidas específicas para os grupos mais vulneráveis nesta população. Para que envelhecer não se torne um pesadelo, para que viver não seja apenas “somar anos aos anos...”, urge criar lares de terceira idade, que sejam verdadeiros lares para os idosos. A palavra lar encontra-se associada a significações que apontam para um campo semântico de energia e de positividade. Sendo assim, é necessário que a prática corrobore a teoria, e urge fazer dos nossos Lares de terceira idade verdadeiros Lares, onde as pessoas idosas encontrem lume, casa, família, pátria, pão e planura, para que não sintam como um golpe insuperável o afastamento da sua casa, dos seus amigos, da sua família, das suas rotinas e até de si próprio (das pessoas que eram antes de serem institucionalizadas).

Antes de se dar por finalizado este trabalho sublinha-se que o mesmo foi realizado sob o foco de “será que sou capaz?”. A responsabilidade era muita. Como limitações aponta-se a escassez de tempo e de informação sobre o tema estudado, considerando a institucionalização. Outra limitação refere-se à amostra e às dificuldades de recolha dos dados. Num futuro próximo, sugere-se que as investigações possam acrescentar outros protocolos a este tema para se investigar, por exemplo, o lazer na vida dos idosos, levando a criação de uma escala que promova a avaliação do lazer na qualidade de vida social do idoso.

Conclui-se este trabalho, expressando os votos de que as políticas promovam a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e possam ser encaradas como uma verdadeira revolução. E como a capacidade de ser feliz e de sonhar não deve desaparecer com a idade, ajudemos os nossos idosos, no caso deste nosso estudo dos idosos institucionalizados, a sentirem-se acarinhados e acompanhados na sua viagem pela Terra.

BIBLIOGRAFIA

Bernardino, M. P. A. (2005). *As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni,

Bert, Lins. (1984) *O Envelhecimento*. Lisboa : Instituto Piaget, 1984.

Comte-Sponville, A. (2001) *A felicidade, desesperadamente*. São Paulo : Martins Fontes p.88, 2001.

Costa, Et Al. (1999). *Questões Demograficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros In: Manual de Sinais Vitais : o Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra : Formasau p.9-22, 1999.

Cheng, S. (2004). Age and subjective well-being revisited: a discrepancy perspective. *Psychological and Aging*, 19, 409-415.

Cordeiro, A. (2000). *Navios do tempo entre muralhas: estudo sobre velhos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto Superior Miguel Torga.

Damásio, A. (2001). Fundamental feelings. *Nature*, 413, 781

Dias, A. R. (2007). *Dor crónica: um problema de saúde publica* [On-line]. Disponível: www.psicologia.com.pt. (11-12-2007).

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., & Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2ªed.) (pp. 325-337). New York: The Guilford Press.

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1-2), 189-216.

Decreto-lei n.º 391/91, de 10 de outubro - Disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência.

Despacho Normativo nº 62/99 de 12 novembro - Aprova as normas que regulam as condições de implantação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.

Despacho Normativo N.º 12/98 de 5 de Março - Estabelece as condições a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos lares para idosos.

Despacho Normativo Nº 3/ 2011 – Define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social.

Decreto-lei nº101/2006 - Define a criação Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.

Barros, C. P. & SANTOS, J. C. . (1997). *As Instituições Não Lucrativas e a Acção Social em Portugal*. Lisboa : Vulgata, 1997.

Dias , I. Envelhecimento e violência contra Idosos. [Online] [Citação: 20 de 09 de 2013.] <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>.

Dias, M. O . (2008). *Manual de Sugestões Para Estudantes - Estudar e fazer Trabalhos Académicos com Método*. Viseu : Psico & Soma.

Diener, Ed. (2000). *Subjective Well- Being: the science of happiness and a proposal for a national index*. s.l. : American Psychologist , 1 (55), 34-43.

Enfermagem, Conselho Internacional de. (2003). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE\ICNP)*. Lisboa : gráfica2000.

Fonseca, A. M. (2005). O Envelhecimento Bem-sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores

Fontaine, R. (2000). O envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento óptimo. In R. Fontaine, *Psicologia do envelhecimento* (pp. 147-158). Lisboa: Climepsi Editores.

Fredrickson, L. (2003). The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.

Fernandes P. (2002). *A Depressão no Idoso: Estudo da Relação entre Factores pessoais e Situacionais e manifestação da Depressão*. Coimbra : Quarteto Editora.

Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação. Da concepção à realização*. (ed. 3) Loures : Lusociencia

Giacomi, C. H. (2001). *Bem - Estar Subjetivo Infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. . Universidade federal do Rio Grande do Sul, P.Alegre : Tese de Douturamento.

Giddens, A. (2004). *Sociologia, (4ª Ed) Revista e Aumentada*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

Gil, A.C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa social*. São Paulo : Atlas S.A.

Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Anuário estatístico: região norte 2001*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2006). *Anuário estatístico da região norte 2005*. Lisboa: INE.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being. The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

Herzog , A R & Markus, H R. (1999). *The self concept in life span and aging research. In Bengtson VI e Warner Schaie K (eds.) Handbook of theories of agingg.* Nova York : Springer, pp. p.227-252.

Hout, R. (1999).*Métodos Quantitativos para Ciências Humanas. Coleção de Epistemologia e Sociedade.* Lisboa : Instituto Piaget.

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal.* Coimbra : Editora Formasau - Formação e Saúde , D.L..

Instituto De Segurança Social (2012) Programa de Acção - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. www.igfse.pt. [Online] 2012. [Citação: 15 de junho de 2013.]

<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>.

Levenson, S. A. (2001). A assistência institucional de longo prazo. In J. J. Gallo, Busby-Whitehead,J., Rabins V., Silliman A., & Murphy, J. (Eds.), *Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª ed., pp. 527-538). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Kalache, A. e Kickbusch, I. (1997) A Global strategy for healthy ageing. *World Health.* , Vols. 4 -5.

Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu.* Tese de Doutoramento não-publicada. Universidade de Extremadura. Badajoz.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. (2006). *Carta social: rede de serviços e equipamento 2004.* Lisboa: DGEEP.

Mroczek, D. & Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Jornal of Personality and Social Psychlogy*, 75 (5), 1333-1349.

Mcclusky, H. (1990) *The Community of generations: a goal and a context for the education of persons in the later years. In R. Sherron & D, Lumsdeb (eds), Introduction To Educational Gerontology.* London : Hemisphere Publishing Corporation.

Ministério da Saúde (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde : s.n.

Moniz, J.M.N. 2003. *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures : Lusociência.

Mroczek, D. & Kolarz,C. (1998) *The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness*. s.l. : Journal of Personality and Social Psychology, 75 (5) 1333-1349.

NERI, A. L. (2007a). *Qualidade de Vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas : Editora Alínea

Neri. A. L. (2007b). *O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento*. Temas em Psicologia, 14 : s.n.

.

Neri, A. L.(2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. In Anais, 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas.

Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl , C. e Ribeiro , O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa : lidel.

PaúlL, M. C. (1997). *Lá Para o Fim Da Vida: Idoso, Família e o Meio* .

Pimentel, L. (2005). *O Idoso na Família 2ª Edição*. Coimbra : Editora Ambiente.

Poirier, D. (1995). *As teorias do envelhecimento*. In: Berger, L. e Poirier, D. *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa : Lusodidética.

Portaria n.º 96/2013, de 4 de março - Estabelece as condições de instalação e funcionamento dos estabelecimentos de apoio social - Centro de Noite.

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março - Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas.

Paschoal, P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ribeiro, P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), pp.179-91.

Ribeiro, O. e Paúl, C.(2011). *Manual De Envelhecimento Activo*. Lisboa : Editora Lidel.

Ro, Roach S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.

Rodrigues, D. M. & Pereira, C. A. A. (2007). *A percepção de controle como fonte de bem-estar*. s.l. : Estudos e Pesquisas em Psicologia.

Ryan , R. & Deci,, E. (2001). *On Happiness and on human potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. s.l. : Annual Review of Psychology, 52 : 141-166.

Seltiz, C et al. (1967). *Planejamento de Pesquisa in Metodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo : Herder e EWditora da Universidade de São Paulo.

Simões, A, et al. (2000). *O bem-estar subjetivo: Estudo actual dos conhecimentos*. . s.l. : Psicologia , Educação e Cultura.

Simões, A., et al. (2003). *O bem-estar subjetivo dos adultos : um estudo transversal*. Revista Portuguesa de Pedagogia 37 (1) 5-30 : s.n.

Simões, A., et al. (2001). *O bem-estar subjetivo dos idosos: Fatores sociodemográficos e de personalidade. Modelos e práticas em Educação de Adultos*, 301 -320. Coimbra : NAPFA.

Simões, A., et al. (2006.) *Promover o bem estar dos idosos: um estudo experimental*. s.l. : Psychologica 42, 115-131.

Simões, A. (2006). Felizes na Velhice. In Simões, A., *A nova Velhice: Um novo público a educar* (pp. 102-135). Porto: Âmbar.

Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed., pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara

Sousa, L. Et al. (2003) Qualidade de Vida e bem-estar dos Idosos: Um Estudo Exploratório na População Portuguesa. s.l. : Revista saúde Publica. Vol. 37.

Sousa, L. et al., (2004) *Envelhecer em Família - Os Cuidados Familiares na Velhice* . Porto : Ambar.

Veenhovem, R. (2005) *Is life getting better? How lomg and happily do people live in modern society?* s.l. : European Psychologist. 10. 330-343 .

Vieira, E.B. (1996) Manual de Gerontologia. Rio de Janeiro : Revinter.

White, B., & Jason, P. (1986). Helplessness in institutional settings: adaptation or iatrogenic disease? In M. Baltes & P. Baltes (Eds.), *The Psychology of Control and Aging* (pp. 297-313). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Wilmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, 7, 136

Martins, R. M. L. (2010) Envelhecimento e Políticas Sociais,. Millenium. Disponível em 14/09/2013 em : <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Inquérito por Questionário

Estou a realizar um estudo sobre o envelhecimento, institucionalização e bem-estar do idoso, no âmbito do Mestrado em Serviço Social, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

As informações disponibilizadas, através das respostas ao inquérito por questionário, são confidenciais e serão utilizadas apenas para tratamento estatístico.

A sua opinião é muito importante para a conclusão deste trabalho.

Agradeço a sua colaboração.

Parte I

1. **Idade :** 65 – 74 anos ☐ ☐ 75- 84 anos ☐ 85 e + anos ☐
2. **Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐
3. **Estado Civil** ☐ : Solteiro(a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Separado ☐ (a) Viúvo ☐ (a) União de Fato ☐
4. **Sabe Ler e Escrever?** Sim ☐ ☐ Não ☐
5. **Frequentou a escola?** Sim ☐ Não ☐
6. **Qual era a sua profissão?** R: _____
7. **Meio onde Vivia antes da Institucionalização?** Urbano ☐ Rural ☐
8. **Qual a composição do agregado familiar?** Esposa\ Companheiro ☐
Filho\ Genros\ Noras ☐ Netos ☐ Tios\ sobrinhos ☐ Irmãos ☐
Cunhados ☐ O próprio ☐
9. **Nacionalidade :** Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual _____

10. Há quanto tempo está na instituição?

1 mês ☐ 6 meses ☐ 1 ano ☐ 2 anos ☐
3 anos ☐ 4 anos ☐ 5 ou mais anos ☐

11. Qual o motivo da institucionalização? Viver Sozinho ☐ Doença ☐

Viver sozinho e Doente ☐ Sem cuidador na família ☐

Dificuldade de relacionamento familiar ☐ Não Sabe ☐

Outro Motivo ☐ Qual: _____

12. Por que veio para a Instituição ? Vontade própria ☐ Foi colocado por terceiros ☐

13. Habitava com quem antes da institucionalização? Sozinho ☐ Irmãos ☐

Conjuge\ companheiro (a) ☐ Filhos ☐ Netos ☐

14. Gosta de estar na instituição? Sim ☐ Não ☐

Por-
quê: _____

15. Considera que na instituição se preocupam consigo?

Muito ☐ Bastante ☐ Suficiente ☐ Pouco ☐ Muito Pouco ☐

16. Como é a sua relação com os outros residentes?

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Más ☐ Péssima ☐

17. Que tipo de relação tem com os colaboradores da instituição?

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Más ☐ Péssima ☐

18. Está satisfeito com as instalações da instituição?

Sim ☐ Não ☐ Por-
quê: _____

19. Está satisfeito com os serviços prestados pela instituição?

Sim ☐ Não ☐
Porquê: _____

20. Está Satisfeito com o acolhimento dado pela instituição?

Sim ☐ Não ☐

Por-

quê: _____

21. Tipo de Dependência : Autônoma ☐ Parcialmente Dependente ☐
Dependente ☐ Muito Dependente ☐

22. As questões que se seguem referem-se a doenças que possa sofrer. Atualmente, tem alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)? (Assinale uma opção para cada uma das alíneas)

☐ Sim ☐ Não

a) Alergia ☐

b) Asma ☐

c) Diabetes ☐

d) Doenças de olhos (ex. cataratas) ☐

e) Doenças cardiovasculares (ex. hipertensão) ☐

f) Doenças de fígado (ex. hepatite) ☐

g) Doenças de estômago/intestino (ex. úlcera) ☐

h) Doenças pulmonares (ex. doença pulmonar obstrutiva crônica) ☐

j) Cancro, especifique _____ ☐

k) Outras doenças, especifique _____ ☐

23. Estado Emocional: Feliz ☐ Contente ☐ Triste ☐ Frustrado ☐
Cólera ☐ Medo ☐ Ira ☐ Espanto ☐

24. Como Ocupa os tempos Livres?

Leitura ☐ Ver Televisão ☐ Ouvir Musica ☐ Passear ☐ Culto ☐

Fazer Tricô ☐ Jogar às Cartas ☐ Jardinagem ☐ Horticultura ☐

Conversar com os amigos ☐ Outra : _____

25. Quantas vezes recebe visitas da família na instituição durante o mês?

☐ 1 Vez por mês ☐ 1 Vez por semana ☐ Só ao fim de semana

☐ Todos os dias ☐ Nunca

26. Desde que veio para a instituição já voltou a sua casa?

☐ Sim ☐ Não

Motivo _____

27. Sente-se abandonado pela sua família desde que entrou para a instituição?

☐ Sim ☐ Não

Porque? _____

28. Qual a relação que tem, com os colaboradores da instituição?

☐ Conflituosa ☐ Amizade ☐ Profissional ☐ Familiar ☐ Afável

Parte II

29. QUALIDADE DE VIDA

World Health Organisation Quality of Life - Old (WHOQOL-OLD)⁴⁸. As perguntas seguintes pedem-lhe para avaliar a sua qualidade de vida. (Por favor, assinale uma opção em cada linha).

	Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
A) Até que ponto as perdas dos seus sentidos. (ex. audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam o seu dia-a-dia?					
B) Até Que ponto a perda dos seus sentidos, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato ou tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?					
c) Em que medida tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?					
d) Até que ponto sente que controla o seu futuro?					

e) Em que medida sente que as pessoas que o(a) rodeiam respeitam a sua liberdade?					
f) Até que ponto está preocupado(a) com a forma como irá morrer?					
g) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?					
h) Até que ponto tem medo de morrer?					
j) Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?					

As perguntas seguintes pedem-lhe para que diga até que ponto, nas últimas duas semanas, experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas como, por exemplo, sair tanto quanto gostaria. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
K) Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, a audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua capacidade de interagir/estar com os outros?					
l) Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?					
m) Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?					
n) Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?					
o) Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido?					

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar o seu grau de satisfação relativamente a vários aspectos da sua vida, nas últimas duas semanas, por exemplo, sobre a sua participação na vida da comunidade/sociedade ou com as suas conquistas/realizações na vida. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
p) Até que ponto está satisfeito(a) com aquilo que alcançou na vida?					
q) Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como usa o seu tempo?					
r) Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível de atividade?					
s) Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?					

	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
t) Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?					
	Muito Mau	Mau	Nem Bom nem Mau	Bom	Muito Bom
u) Como avalia os seus sentidos? (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)					

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
v) Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?					
Até que ponto você sente amor em sua vida?					
Até que ponto você tem oportunidades para amar?					
Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?					

30. SLWS – satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a vida, versão portuguesa de Simões, 1992).

Esta Escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque com uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo nem Discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

31. PANAS – Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark e Tellegen, 1998) ; (Versão portuguesa de Simões , 1993).

Encontra a seguir a lista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções, na semana passada. Por favor, marque uma cruz (x) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Muito pouco ou nada (1)	Um pouco (2)	Assim; Assim (3)	Muito (5)	Muitíssimo (6)
1. Interessado (a)					
2. Aflito(a)					
3. Estimulado (anima- do)					
4. Aborrecido (a)					
5. Forte					
6. Culpado (a)					
7. Assustado (a)					
8. Hostil (inimigo)					
9. Entusiasmado (arre- batado)					
10. Orgulhoso (a)					
11. Irritável					
12. Atento (a)					
13. Envergonhado(a)					
14. Inspirado(a)					
15. Nervoso (a)					
16. Decidido (a)					
17. Atencioso (a)					
18. Agitado (inquieto)					
19. Ativo (mexido)					
20. Medroso (a)					
21. Emocionado (a)					
22. Magoado (a)					

Fim

Grata pela sua colaboração e disponibilidade, para responder às questões colocadas, já que o seu contributo é muito importante para que o estudo possa ser realizado.

Marisa Campos

Anexo 2

Marisa Figueiredo Campos
Rua Drº Francisco Pissarra de Matos
Nº 9 1º Drt
6300-693 Guarda
Tel: 962689761
E-mail: marisafcampos@gmail.com

E.xmo Srº Diretor Técnico
De Lar da Terceira Idade

Assunto: Pedido de Colaboração para a realização de estudo sobre Envelhecimento, Institucionalização e Bem-estar do Idoso.

Eu, Marisa Figueiredo Campos, Assistente social, Encontro-me a no âmbito do elaborar a minha dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Serviço Social, da Universidade Católica Portuguesa, no centro Regional das Beiras, sob orientação da Professora Doutora Maria Olívia Dias, sobre o Envelhecimento, Institucionalização e Bem-estar do Idoso em valência de lar, nas Instituições do concelho de Fornos de Algodres.

Deste modo, venho por este meio solicitar, a V.Exa. autorização para proceder à recolha dos dados junto da população idosa residente na Instituição.

Grata pela atenção e compreensão que o meu pedido possa merecer para a realização deste estudo, subscrevo-me com os meus cumprimentos, aguardando uma resposta.

Atenciosamente
Marisa Campos

Peço Deferimento

Viseu, 05 de Novembro 2013

